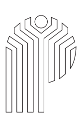
Prävention bei psychischen Erkrankungen

Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung

Tagungsbericht
Berlin, 12./13. Mai 2004

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
Reinhard Peukert



Prävention bei psychischen Erkrankungen

Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung

Tagungsbericht
Berlin, 12./13. Mai 2004

Herausgegeben von
Aktion Psychisch Kranke
Regina Schmidt-Zadel
Heinrich Kunze
Reinhard Peukert

Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Aktion Psychisch Kranke; Regina Schmidt-Zadel; Heinrich Kunze; Reinhard Peukert (Hg.) /
Prävention bei psychischen Erkrankungen. Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung.
1. Auflage
ISBN 3-88414-382-4

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data is available in the Internet at http://dnb.ddb.de

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk
Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie.de/verlag

Redaktion: Karl-Ernst Brill
Umschlaggestaltung: Renate Triltsch, Köln
Satz: Marina Broll, Dortmund
Druck: Clausen & Bosse, CPI Books, Leck

Inhalt

III. Interdisziplinäre Perspektiven

B. Handlungsfelder

I. Projekte der Förderung der seelischen Gesundheit

II. Betriebliche Prävention

V. Mit der Krankheit leben lernen oder von der Krankheit leben lernen

VI. Prävention und Selbsthilfe

C. Erwartungen an Praxis und Gesetzgebung

Durchschuss?

Eröffnung und Begrüßung

Regina Schmidt-Zadel

Zur Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke heiße ich Sie ganz herzlich willkommen. Ich freue mich sehr, dass Sie so zahlreich unserer Einladung hierher gefolgt sind, um gemeinsam über neue Wege in Praxis und Gesetzgebung bei der Prävention psychischer Erkrankungen zu diskutieren. Die große Zahl von 600 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die heute hier hergekommen ist, zeigt Ihr Interesse und dass es uns offenbar wieder mal gelungen ist, ein brennend aktuelles Thema aufzugreifen.

Ganz besonders begrüße ich Herrn Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder, mit dem der Vorstand der Aktion Psychisch Kranke vor zwei Wochen ein Gespräch über aktuelle gesundheitspolitische Themen gehabt hat, wodurch wir den guten Dialog zwischen der Aktion Psychisch Kranke und dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung fortgesetzt haben. Ich will ausdrücklich darauf hinweisen, dass auch die Ministerin Ulla Schmidt und auch Herr Staatssekretär Tiemann sich wiederholt Zeit für Gespräche mit uns genommen haben. Wir wissen, dass dies nicht selbstverständlich ist und erkennen das sehr an. Vor allem sind wir aber dafür dankbar, dass die Regierung und das Ministerium den besonderen Aspekten der Behandlung, Rehabilitation und Pflege psychisch kranker Menschen so große Aufmerksamkeit schenkt und dabei die Kompetenz der Aktion Psychisch Kranke intensiv nutzt.

Damit wird eine Tradition der Zusammenarbeit gewahrt, die seit der Psychiatrie-Enquete im Jahr 1975 über die verschiedenen Regierungen hinweg gepflegt wurde.

Seit über 30 Jahren sehen wir es als unsere Aufgabe an, bei allen rechtlichen Entwicklungen, bei der bundesgeförderten Forschung, in der Öffentlichkeitsarbeit und bei der Meinungsbildung in allen Fraktionen des Bundestages den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Geltung zu verschaffen. Das ist nach wie vor eine sehr wichtige Aufgabe. Denn aufgrund der immer noch nicht überwundenen Stigmatisierung psychisch kranker Menschen bedürfen diese des besonderen rechtlichen Schutzes und der besonderen Aufmerksamkeit der Politik.

Allzu groß ist die Gefahr, dass psychisch kranke Menschen vergessen werden oder nicht genügend beachtet wird, dass sie besondere Bedürfnisse haben, die mit allgemeinen Regelungen zur medizinischen und sozialen Hilfe oft nicht ausreichend berücksichtigt sind. Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, dass wir mit den Belangen psychisch kranker Menschen

bei Ihnen, Herr Staatssekretär, Interesse und Unterstützung finden. Vielen Dank dafür!

Heute und morgen befassen wir uns mit dem Thema Prävention. Wir wollen mit dieser Tagung unterstreichen, dass dabei auch an die Prävention psychischer Krankheiten gedacht wird und dass einige Besonderheiten zu beachten sind. Wir wollen aber auch zeigen, dass es im Bereich Psychiatrie bereits viele positive Erfahrungen auf dem Gebiet der Prävention gibt, die man nutzen kann. Ich möchte hier nur auf die Suchtprävention hinweisen.

Zunächst mag es verwundern: Die Aktion Psychisch Kranke setzt sich sonst vor allem für eine Verbesserung der Hilfen für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen ein. Wie kommt sie zum Thema Prävention?

Aber schnell wird klar: Gerade wer die Mühen kennt, die bei oder nach einer psychischen Erkrankung erforderlich sind, um Gesundheit und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, auch Teilhabe am Arbeitsleben, wieder zu erreichen, wird sich besonders dafür einsetzen, dass alles getan wird, um die psychische Störung möglichst nicht entstehen zu lassen, nach einer Erkrankung Rückfälle oder eine Verschlimmerung zu verhüten und vor allem Erwerbsunfähigkeit und den Verlust der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder gar den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

In der letzten Legislaturperiode war eine der ersten Anliegen der Regierungskoalition die Durchführung einer Gesundheitsreform. Damals habe ich den Prozess noch als Abgeordnete und als gesundheitspolitische Sprecherin der SPD aktiv betrieben. Es ging uns um die Stärkung der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten und die Verzahnung der verschiedenen Leistungsbereiche. Ich nenne hier nur die Stichworte integrierte Versorgung und Soziotherapie.

Ein weiteres wichtiges Anliegen war uns die Stärkung der Prävention. In der GKV-Reform 2000 wurde die Prävention als Leistung der GKV neu im SGB V aufgenommen und ihre Finanzierung durch die Krankenkassen mit festgelegten Beträgen sichergestellt. Leider lief die Umsetzung dieser neuen Möglichkeiten sehr zögerlich an.

Im Regierungsprogramm der derzeitigen Legislaturperiode heißt es: »Prävention wird eine eigenständige Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege.« Und weiter: »Zur Steigerung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen werden die entsprechenden Vorschriften in einem Präventionsgesetz zusammengefasst und ergänzt.«

Dabei geht es zum einen darum, soweit möglich schon frühzeitig dafür zu sorgen, dass psychische Krankheiten und die damit verbundenen Probleme erst gar nicht entstehen. Eine entwickelte psychische Krankheit ist mit einem erheblichen Risiko verbunden, dass die betroffenen Personen bei ihrer Lebensqualität Einbußen erleiden: Ausschluss aus dem Erwerbsleben, soziale Ausgrenzung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit können die Folgen sein. Zum anderen muss es aber auch darum gehen, nach Eintritt einer psychischen Erkrankung deren Folgen zu mildern, Wiedererkrankungen zu vermeiden, sozialer Ausgrenzung und dem Eintritt einer Behinderung oder von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Wir wissen, dass in den letzten Wochen und Monaten intensiv an einem Präventionsgesetz gearbeitet wurde und sind gespannt, was uns Theo Schröder und Helga Kühn-Mengel über den Stand des Verfahrens und die Absichten der Bundesregierung berichten werden.

Auch hier werden wir wieder darauf achten, dass psychisch kranke oder entsprechend gefährdete Menschen ausreichend Beachtung finden. Wir alle wissen, dass das nicht unbedingt das beliebteste Thema ist. Es dient dem Image von Kosten- und Leistungsträgern eher, die populären Themen Ernährung und Bewegung zu besetzen oder die Hochleistungsfähigen mit Angeboten zur Stressbewältigung anzusprechen.

Mit Aufklärung und dem Hinweis auf gute Beispiele wollen wir dazu beitragen, dass bei der Prävention auch die üblicherweise weniger beachteten psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen in den Blick genommen werden.

Wie bei der Behandlung und Rehabilitation ist auch bei der Prävention psychischer Erkrankungen ein personenzentriertes Vorgehen erforderlich, das bei der Beziehungsaufnahme, Kontaktgestaltung, Themenauswahl den individuellen Möglichkeiten und Interessen von Menschen mit eingeschränkter psychischer Belastbarkeit entgegenkommt. Das bloß passive Angebot schriftlicher oder mündlicher Information und Beratung wird oft nicht ausreichen. Zudem kommt der Einbeziehung des Umfeldes psychisch gefährdeter Menschen besondere Bedeutung zu. Oft sind es zuerst Angehörige, Freunde, Kolleginnen, Mitschüler, Lehrerinnen usw., die auf Risiken aufmerksam werden und helfen möchten.

Wir gehen davon aus, dass auch gesetzliche Regelungen im Rahmen des Präventionsgesetzes nötig sind, um sicherzustellen, dass den Besonderheiten psychischer Erkrankungen bei der Prävention Rechnung getragen wird.

So ist es kein Zufall, dass wir gerade zu dieser Zeit die Prävention in den Mittelpunkt unserer Tagung gestellt haben. Denn auch hier wird wieder gelten: Die besonderen Aspekte psychischer Erkrankung müssen berücksichtigt werden. Es wird Aufgabe dieses Kongresses sein, dazu Beiträge zu leis-

ten. Wir haben hierzu ein breites Spektrum an Themen zusammengestellt und eine beeindruckende Anzahl von Expertinnen und Experten auf diesem Gebiet zur Teilnahme gewinnen können. Ihnen allen möchte ich schon jetzt für ihre Mitwirkung danken. Besonders möchte ich dabei Herrn Prof. Warner begrüßen, der den weiten Weg aus den USA zu uns auf sich genommen hat. Ihr Beitrag wird gewiss eine große Bereicherung des Programms sein.

Ich wünsche Ihnen und uns einen guten Verlauf und freue mich jetzt auf den Beitrag von Staatssekretär Schröder.

Prävention als Schwerpunkt der Gesundheitspolitik

Klaus Theo Schröder

Bevor ich zum Thema komme, möchte ich Ihnen gern den mir heute Morgen von der Bundesministerin für Gesundheit und soziale Sicherung ausdrücklich und nachhaltig mit auf den Weg gegebenen Gruß übergeben. Sie ist in Kork beim informellen Gesundheits- und Sozialministerrat, der das erste Mal in einer neuen, größeren Konstellation tagt.

Sie haben sich für die Tagung das Motto gewählt: »Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung«. Die hier im zweiten Teil des Tagungsthemas enthaltene Akzentsetzung finde ich typisch für die Aktion Psychisch Kranke: Nicht zu warten auf die Gesetzgebung, sondern mit dem zu beginnen, was bereits heute praktisch möglich ist und dies an den Anfang zu stellen für die Umorientierung in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Wir hätten den Stand der Entwicklung und der Qualität in den Hilfen für psychisch kranke Menschen nicht erreicht, wenn es nicht Sie mit ihren vielfältigen Aktivitäten gegeben hätte.

Die Aktion Psychisch Kranke ist ein gutes Beispiel dafür, wie Praxis und Politik sehr konstruktiv und sehr konzentriert zusammenarbeiten können und wie ein Gesundheitswesen kontinuierlich mit notwendiger Nachhaltigkeit weiterentwickelt werden kann.

Leitlinien der Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung wird in den letzten Jahren von drei Linien geprägt, die auch für Sie und für die Behandlung psychisch Kranker von besonderer Bedeutung sind.

Bei der ersten Linie – die wir nun schon seit einigen Jahren ziehen – geht es um die Notwendigkeit, die Qualität im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig zu erhöhen.

Wir befinden uns in einer Debatte, die auf eine Umbruchsituation hinweist: Was ist mit dem individuellen Arztrecht? Was ist mit den Behandlungsleitlinien, die gemeinsam erarbeitet werden?

Ich glaube, diese Diskussion ist dann vernünftig und sinnvoll zu führen, wenn jeder dem anderen unterstellt, er ist wirklich daran interessiert, die Qualität zu verbessern und nicht nur auf Umwegen eigentlich über Einkommensinteressen zu diskutieren.

Bei der zweiten Linie geht es um die Veränderung der Versorgungssituation durch die Verzahnung und Integration von Hilfen. Unser Gesundheits-

wesen ist weithin davon geprägt, dass auf der einen Seite die ambulante und auf der anderen Seite die stationäre Behandlung steht und dazwischen gibt es sozusagen nichts außer Gräben, die immer wieder einzeln überbrückt werden müssen.

Vor diesem Hintergrund ist die Diskussion um die Strukturveränderung im deutschen Gesundheitswesen aus meiner Sicht von ganz zentraler Bedeutung. Ich halte die Dichotomie von ambulanter Behandlung in der Praxis der niedergelassenen Ärzte und stationärer Behandlung in der Klinik für ein überkommenes Bild.

Wenn wir über integrierte Versorgung reden, wenn wir das bestehende versäulte System von stationärer und ambulanter Behandlung endlich aufbrechen und ergänzende Dienste in dieses System einbringen wollen, dann lohnt sich der Blick auf Ihr Aktionsfeld. Von dem, was in den letzten Jahren im Bereich der psychiatrischen Versorgung an Konzepten für eine integrierte und verzahnte Leistungserbringung realisiert werden konnte, kann man einiges lernen und manches übernehmen.

Gerade was die Entwicklung und praktische Nutzung von Netzwerken betrifft, die Sie alle an den Stellen, an denen Sie tätig sind, implementiert haben, gibt es eine ganze Reihe von Beispielen, die man übertragen kann.

Die dritte Linie ist die Stärkung der Rechte der Patientinnen und Patienten, um ihnen die Möglichkeit zu geben, wirklich aktiv mitzuarbeiten und mehr Transparenz in das System einzubringen. Mit dieser Aufgabe tut sich das Gesundheitswesen insgesamt schwerer, als ich es persönlich und vielleicht auch einige andere erwartet haben.

Dabei müsste die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten doch eigentlich selbstverständlich sein. Denn nur wenn es gelingt, sie zu motivieren, sich aktiv einzubringen und ihren Teil zur Bewältigung von Krankheit und Beeinträchtigung zu leisten, besteht eine Chance, in der Behandlung wirklich zu einem Durchbruch zu kommen. Man kann nicht auf der einen Seite »die fehlende Compliance« der Patientinnen und Patienten beklagen und auf der anderen Seite zu wenig – wie ich finde – dafür tun, ihnen eine Chance zu geben, sich überhaupt einzubringen.

In der vorletzten Woche war ich bei einer Tagung in Irland, bei der »empowerment of the patients« das zentrale Thema war. Die Stärkung der Position der Patienten ist etwas, was wir auch im deutschen Gesundheitswesen brauchen.

Diese Punkte zu diskutieren und ihnen zum Durchbruch zu verhelfen, das ist Aufgabe der Gesundheitspolitik auch und gerade angesichts der Widerstände.

Stärkung der Prävention

Vor dem Hintergrund erklärt sich unser aktuelles Vorheben eigentlich fast von selbst: Neben und in Verbindung mit Behandlung, Pflege und Rehabilitation wollen wir mehr als bisher für die Prävention tun.

Wenn es im einen oder anderen oder gar in mehr Fällen gelingt, den Status Patient erst gar nicht zu erreichen, ist das wohl immer noch das Beste, was wir für die Menschen in diesem Land tun können; daneben geht es darum, Krankheiten frühzeitig zu erkennen, zu behandeln und Krankheitsfolgen zu mildern. Auf die große Ebene hin betrachtet ist Prävention und ihre Förderung vor allem auch eine der notwendigen Antworten auf den an anderer Stelle immer wieder beschriebenen demographischen Wandel und die alternde Gesellschaft. Ein wesentliches Ziel ist hier, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, um möglichst gesund alt werden zu können.

Einbeziehung der Sozialversicherung

Vor diesem Hintergrund war unsere erste strategische Entscheidung zu sagen, dass es nicht nur Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen sein kann, einen Beitrag zur Finanzierung von Prävention zu leisten, sondern auch die anderen Zweige der Sozialversicherung, weil auch sie davon profitieren: Die Rentenversicherungen – hierzu das Stichwort Frühverrentung –, die gesetzliche Unfallversicherung und auch die Pflegeversicherung. Wir wollen, dass die Sozialversicherungszweige in Zukunft alle miteinander gemeinsam die Mittel für die Prävention zur Verfügung stellen.

Hierzu am Rande die Bemerkung, dass es die jetzige Mehrheit im Bundestag und diese Bundesregierung gewesen sind, die nach 1998 die zuvor im Boden versenkte Regelung zur Prävention in § 20 SGB V wieder reaktiviert und dabei weiterentwickelt hat. Und es ist diese Mehrheit, die immer wieder mit Nachdruck darauf hingewirkt hat und dies auch mit dem Präventionsgesetz tun wird, dass nicht nur der Betrag zur Verfügung steht, sondern die Mittel auch effektiv eingesetzt werden.

Konzentration auf wesentliche Ziele

Wenn man will, dass die Mittel effizient eingesetzt werden, liegt die zweite strategische Grundentscheidung darin, dass wir uns auf wesentliche strategische Ziele im Rahmen eines nationalen Dialoges unter Beteiligung der unterschiedlichen Kompetenzen in diesem Lande einigen.

Ich habe durchaus Hochachtung vor den vielfältigen Ansätzen, die wir in Einzelfällen in der Prävention haben, aber wir werden nur erfolgreich sein, wenn wir es trotz unserer Dezentralität im Gesundheitswesen, trotz der Subsidiarität der Strukturen und auch angesichts des Föderalismus' schaffen, uns auf wesentliche, mittelfristig wirksame Ziele zu konzentrieren. Dann werden wir dafür sorgen, dass individuell spürbare, aber durchaus auch auf der Makroebene nachvollziehbare Effekte erreicht werden. Wir werden aber nur erfolgreich sein, wenn wir einen langen Atem haben und ganz nachhaltig an dieser Aufgabe arbeiten.

Und was die Erarbeitung von Präventionszielen angeht, sind wir gut beraten, wenn wir die Erkenntnisse und Ergebnisse aus den Vorläuferprojekten nutzen. Eines der Projekte ist »gesundheitsziele.de«, mit dem ein zwar nicht unbedingt so öffentlich, aber mit großem Engagement und gutem Sachverstand betriebener Prozess verbunden ist, der auch die Bedeutung der Prävention im Bereich der psychischen Erkrankungen unterstrichen hat, was das zentrale Thema Ihrer Tagung ist.

Berücksichtigung psychischer Erkrankungen

Dass es Gesundheits- und Präventionsziele im Bereich psychischer Erkrankungen gibt, ist noch nicht hinreichend im Bewusstsein. Dabei drängt sich dieser Bereich geradezu auf, wenn man die Gesundheitsreports der Krankenkassen liest. Darin wird in den letzten Jahren übereinstimmend von einer zunehmenden Zahl psychischer Erkrankungen berichtet und diese zum Schwerpunktthema gemacht.

Welche Auswirkungen psychische Erkrankungen für die Betroffenen, ihre Lebenssituation und ihre Lebensqualität haben können, ist ihnen bestens vertraut. Daneben wissen wir aus der Kostenstatistik der Krankenversicherungen, dass psychische Erkrankungen häufig auch mit zu den kostspieligsten gehören. Von daher bietet sich die Einbeziehung psychischer Erkrankungen sowohl unter dem Aspekt an, persönliche Lebensqualität durch Prävention zu sichern als auch unter dem Gesichtspunkt, Mittel effizient einzusetzen.

Mit Blick auf die sich gerade erst entwickelnde Präventionsdebatte ist die Terminierung und Themenwahl der Jahrestagung der Aktion Psychisch Kranke ausgezeichnet und hätte nicht besser gewählt werden können, um sich von vornherein in diesen Prozess einzuschalten und ein Signal von diesem Ort ausgehen zu lassen.

Qualitätsgesicherte Präventionsprogramme

Ich komme auf den dritten strategischen Aspekt: Wir wollen von vornherein Prävention und Präventionsprogramme solide wissenschaftlich begleiten, monitoren und so weit wie möglich qualitätsgesichert auf den Weg bringen. Ich sage das zwar mit Nachdruck, aber mit aller Vorsicht, denn es ist nicht immer so, dass wir uns im deutschen Gesundheitswesen wirklich schon auf qualitätsgesicherte Strategien verständigt haben. Wir müssen das aber tun, weil wir nur dann erfolgreich sein können. Hierbei können Bundeseinrichtungen wie das Robert-Koch-Institut mit seinen Aufgaben in der Gesundheitsberichterstattung oder aber die vielfältigen Erfahrungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung genutzt werden, die ihrerseits Beiträge für eine Prävention und eine Präventionspolitik leisten, die von vornherein der Qualität verpflichtet ist.

Lebensweltbezogener Ansatz

Das vierte Prinzip ist aus meiner Sicht das ganz zentrale: Die Verankerung des Setting-Ansatzes in der Prävention. In der anlaufenden Diskussion tun wir uns hiermit besonders schwer, aber wenn es uns nicht gelingt, den Setting-Ansatz im System der Prävention von vornherein zu verankern, wird man uns in einigen Jahren den Vorwurf machen können und auch machen, dass wir bei der Implementierung von Prävention lediglich nach den Bildungsbürgern dieser Gesellschaft geschielt und uns mit der Mittelschicht – um das sozialökonomisch auszudrücken – begnügt hätten.

Wir haben die Aufgabe, Präventionsprojekte von vornherein so zu organisieren, dass sie alle, auch die weniger Motivierten und die weniger Befähigten erreichen, beginnend in Kindergarten und Schule über das Arbeitsleben bis hin zur Versorgung der älteren Menschen. Unsere Hauptaufgabe wird dabei sein, unter Beweis zu stellen, dass auch unter den Bedingungen unseres gegliederten und förderalen Systems die Projekte in den Settings so organisiert und so durchgeführt werden, dass sie am Ende erfolgreich sind.

Bei der Diskussion um das Präventionsgesetz werden wir die Diskussionsvielfalt des Föderalismus erleben. Ich habe nicht den Eindruck, dass es irgendjemand gibt, der in Frage stellt, dass das eine wirklich wichtige nationale Aufgabe ist. Ich habe bisher nicht erlebt, dass irgendjemand sagt, es sei nicht wichtig, die Präventionsziele in der eben beschriebenen Art und Weise gemeinsam zu erarbeiten und sie mittelfristig in diesem Land insgesamt wirken zu lassen. Aber wir werden erleben, dass der Hinweis auf die Zuständig-

keiten, der nicht immer Verantwortlichkeiten folgen, sowie der Hinweis auf die Finanzierungsquellen und anderes mehr die eigentliche Sachdebatte zumindest eine Zeit lang beeinflussen werden. Wir müssen durch diese Diskussion durch, so schwierig sie dem einen oder anderen erscheinen mag. Wenn wir das nicht tun, holt sie uns ein. Dafür brauchen wir von Anfang an klare Positionen: Wo sind die Aufgaben und die Verantwortlichkeiten auf der Bundesebene und auf den Ebenen der Länder und Gemeinden? Die Praxis ist nachher überall in den Gemeinden, den Landkreisen und Städten zu organisieren. Aber wir brauchen eine klare Zielorientierung, wir brauchen eine einheitliche Qualitätssicherung und wir brauchen eine klare Finanzverantwortlichkeit.

Prävention erfordert gemeinsame Anstrengung

Wenn uns gelingt, diese nationale Aktion auf breiter Basis zu implementieren, mit klaren Zielen auszustatten, dann wird es uns auch gelingen – und da bin ich weiterhin sehr optimistisch – in durchaus erklecklichem Umfang Mittel in dieser immer noch reichen Gesellschaft für diese so wichtige Aufgabe zu aktivieren.

Unser Ziel ist, nach relativ kurzer Zeit zumindestens 250 Millionen Euro für die Prävention auf den verschiedenen Ebenen und für die unterschiedlichen Projekttypen zur Verfügung zu stellen und dafür zu sorgen, dass sie auch ausgegeben werden. Dazu bedarf es einer gemeinsamen Anstrengung, zielgruppen-, problemlagen- und erkrankungsorientiert die Botschaft der Prävention in den Köpfen und im Handeln der Menschen zu verankern. Dies ist keine leichte Aufgabe, aber es gibt keine lohnendere Aufgabe im deutschen Gesundheitswesen, als endlich mit der Prävention zu beginnen.

Ich wünsche Ihnen einen ganz erfolgreichen Verlauf ihrer Jahrestagung und mir eine ganz schnelle Veröffentlichung der Ergebnisse. Und ich wünsche mir auch überall da, wo es sich anbietet, ein richtig gutes Einmischen der Aktion Psychisch Kranke bei der weiteren Diskussion.

Prävention im Zusammenspiel mit Behandlung, Rehabilitation und Pflege

Helga Kühn-Mengel

In den beiden vorausgegangenen Beiträgen ist von Frau Schmidt-Zadel und Herrn Staatssekretär Dr. Schröder bereits darauf hingewiesen worden, dass in der letzten Legislaturperiode mit der Gesundheitsreform 2000 die Regelung zur Prävention im Krankenversicherungsrecht wieder belebt und weiterentwickelt worden ist. Dabei ist nicht nur erstmals auch die Frage der Finanzierung von Präventionsmaßnahmen durch die Krankenversicherung verbindlich geregelt worden, sondern auch ein wichtiger Halbsatz eingeschoben worden, nach dem die Maßnahmen auch dem Zweck dienen sollen, ungleiche Gesundheitschancen zu vermindern. Dies ist ein erster wichtiger Schritt gewesen. Wir waren und sind uns aber auch darin einig, dass die Prävention einerseits in ihrer Finanzierung noch völlig unterprivilegiert ist und andererseits auch mit Behandlung, Rehabilitation und Pflege verzahnt werden muss.

Vor diesem Hintergrund haben wir für die laufende Legislaturperiode im Koalitionsvertrag vereinbart, die Prävention im System der gesundheitlichen Versorgung zur eigenständigen Säule neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege auszubauen. Von dem Bild der vier nebeneinander stehenden Säulen nehme ich allerdings mehr und mehr Abstand, denn diese Bereiche beeinflussen sich gegenseitig und eine erfolgreiche Präventionsarbeit würde in allen anderen Bereichen Wirkung zeigen. Wir wissen ferner aus dem Bereich der Früherkennung wie auch aus dem Bereich der Rehabilitation um die Möglichkeiten zur Aktivierung und Mobilisierung von Ressourcen auch bei erkrankten Menschen. Auch diese präventiven Elemente müssen wir betonen und stärken, insbesondere auch in der Behandlung und Rehabilitation von psychisch erkrankten Menschen. Und mit Blick auf die älteren Menschen, insbesondere die an Demenz erkrankten Menschen müssen wir dafür Sorge tragen, dass auch hier die bestehenden Präventionspotenziale genutzt und der Grundsatz der Rehabilitation vor Pflege und auch bei Pflegebedürftigkeit umgesetzt wird.

Mit dem Präventionsgesetz verfolgen wir das Ziel, in allen Bereichen unseres Gesundheits- und Sozialsystems eine Ausrichtung auf die Aufgaben der Prävention zu verankern. Dabei wird es auch darauf ankommen, dass den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen Rechnung getragen wird. Bei dieser Aufgabe wünschen wir uns Ihre aktive Mitwirkung und Einmischung.

Um Ihnen einen Einblick in den Stand unserer Diskussion und Überlegungen zu vermitteln, werde ich kurz den aus unserer Sicht bestehenden Handlungsbedarf zur Stärkung der Prävention anhand von drei Beispielen darstellen, die Herausforderungen im Arbeitsfeld Prävention skizzieren und die vorgesehenen Instrumente des Präventionsgesetzes vorstellen.

Handlungsbedarf zur Stärkung der Prävention

Lassen Sie mich zur Illustration drei Beispiele nennen:

Vorzeitige Verrentung

Das effektive Renteneinstiegsalter liegt in Deutschland unter Berücksichtigung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei 60,4 Jahren, das heißt, es gibt hier ein präventives Potenzial bezüglich der vorzeitigen Verrentung aus Gründen der Berufsunfähigkeit. Bei den Verrentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit nehmen die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen eine zunehmende Bedeutung ein, was auch ein Signal zum Handeln ist.

Etwa 16 % aller vorzeitigen Verrentungen sind durch Rückenleiden bedingt, die wiederum 25 Milliarden Euro jährlich an direkten und indirekten Kosten verursachen. Das ist ein Betrag, der letztlich auch erwirtschaftet werden muss. Nun gibt es im Bereich dieser Erkrankungen auch relativ klar zu identifizierende Ursachen, an denen Präventionsmaßnahmen ansetzen können. Wenn wir nun in der Lage wären, diese Kosten durch Prävention beispielsweise nur um 10 % zu reduzieren, würden wir immerhin einen Bewegungsspielraum von rund 2,5 Milliarden Euro aktivieren. Von diesen entfallen immerhin 1,1 Milliarden auf die direkten Krankheitskosten, kämen also dem System der Sozialversicherung zugute.

Herz-Kreislauferkrankungen

Das zweite Beispiel bezieht sich auf Herz-Kreislauferkrankungen: Pro Jahr erleiden 273000 Menschen in Deutschland einen Herzinfarkt. Nebenbei bemerkt: 55 % hiervon sind Männer und 45 % Frauen. Durch ischämische Herzerkrankungen verstarben 2001 165000 Menschen. Einer Studie zu Folge starben von diesen zwei Drittel vor Erreichen des Krankenhauses. Bei 80 % dieser Menschen, die vor Erreichen des Krankenhauses verstarben, waren Risiken für eine solche Erkrankung bekannt!

Entsprechend gibt es hier große präventive Potenziale: Durch rechtzeitige Identifikation von Personen mit einem deutlichen Risiko für Koronare Herzerkrankungen, z. B. im Rahmen von Gesundheits-Checkups oder anderen Früherkennungsuntersuchungen sowie durch geeignete Interventionen im Rahmen der primären Prävention, z. B. Ernährungs-, Bewegungs- und Stressbewältigungsmaßnahmen könnten hier 4400 Todesfälle jährlich vermieden werden. Erste Erfolge einer solchen Strategie würden sich bereits nach fünf Jahren zeigen.

Gesundheitsverhalten von Kindern

Als letztes Beispiel möchte ich auf eine Bevölkerungsgruppe eingehen, die wir alle, so glaube ich, für besonders wichtig halten: Kinder und Jugendliche.

Die kürzlich veröffentlichte WHO-Studie »Health Behaviour of School aged Children« an deutschen Kindern zwischen elf und 15 Jahren zeigt Ergebnisse, die uns nachdenklich stimmen sollten: Bei einem Drittel der befragten Kinder und Jugendlichen lässt sich aus den Angaben ableiten, dass sie entweder über- oder untergewichtig sind. Ebenfalls ein Drittel der Kinder und Jugendlichen nimmt entweder kein Frühstück zu sich oder frühstückt nur unregelmäßig. Zwei Drittel der Jungen und drei Viertel der Mädchen erfüllen nicht die Standards optimaler körperlicher Aktivität, nämlich an fünf oder mehr Tagen der Woche 60 Minuten körperlich aktiv zu sein. 13 % trinken regelmäßig Alkohol, 15 % rauchen und bereits 10 % der befragten Jungen und Mädchen geben an, regelmäßig mit Cannabis in Kontakt zu sein.

Wir wissen, dass bereits in der Kindheit das Gesundheitsverhalten in wesentlichen Teilen festgelegt wird. Wer sich bereits als Kind nicht gut ernährt, sich zu wenig bewegt oder keinen angemessenen Umgang mit Suchtmitteln erlernt, wird dies ins Erwachsenenalter mitnehmen und ist dann anfälliger z. B. für Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Krebs oder andere chronische Erkrankungen.

Dies ist ein Ansatzpunkt für primäre Prävention, und das Präventionsgesetz schafft hierfür die Voraussetzungen.

Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung können also erheblich dazu beitragen, die Gesundheit zu erhalten und die Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu sichern, indem sie

- die Entstehung von Krankheiten verhindern oder

- dafür sorgen, dass Krankheiten frühzeitig erkannt werden,
- indem sie Krankheiten bewältigbar machen,
- vorzeitige Verrentung verhindern und
- Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern.

Um diese Ziele zu erfüllen, braucht es viele Instrumente auf vielen Ebenen. Der Bund kann hierbei im Rahmen seiner gesetzgeberischen Kompetenzen lediglich einen kleinen Bereich gesetzlich regeln, nämlich den Bereich, der die Sozialversicherung betrifft. Abgesehen hiervon hat er nur noch eine Zuständigkeit für die Prävention übertragbarer und gemeingefährlicher Krankheiten. Alles andere fällt in die Zuständigkeit der Länder.

Herausforderungen im Arbeitsfeld Prävention

Die zukünftigen Herausforderungen in diesem Arbeitsfeld lassen sich mit sieben Stichworten kurz skizzieren:

1. Prioritäten

Erfolgreiche und finanzierbare Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik muss zukünftig an wenigen zentralen Schwerpunkten ansetzen bzw. muss sich auf sie konzentrieren. Wenige fundierte Präventionsziele im Konsens aller verantwortlich Beteiligten zu beschließen, konzentriert die anstehende Arbeit vieler auf das Wesentliche und lässt sich den Bürgern auch besser vermitteln.

2. Transparenz

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention müssen die Bürger in ihrer tatsächlichen Lebensumwelt erreichen und ansprechen – einen Teil dieses so genannten »Zugangsproblems« löst man sicherlich durch zielgruppenadäquate Ansprache – vor allem aber auch durch einfache, verständliche und zugleich motivierende Angebotsinformation. Die Einbeziehung qualitätsgesicherter (afgis!) digitaler Gesundheitsinformationen sind ein immer wichtiger werdender Teil dieser Arbeit – reichen aber alleine nicht aus. Insbesondere als Patientenbeauftragte der Bundesregierung habe ich erfahren können – und dies auch bereits öffentlich gemacht – wie viele »Barrieren« hier noch wegzuräumen sind!

3. Koordination

Koordination ist nicht identisch mit »Steuerung«, die bekanntlich nicht von allen Partnern geschätzt wird. Sie ist aber eine unverzichtbare Aufgabe hinsichtlich der Umsetzung der oben geforderten Prioritäten und hilft, Ungleichzeitigkeit, Beliebigkeit oder gar Parallel-Entwicklungen (oder -Fehlentwicklungen) zu vermeiden.

Viel Kreativität werden wir in den nächsten Jahren allerdings noch brauchen, um angemessene Strukturen der Koordination und Kooperation in diesem Mehr-Ebenen-Feld zu verankern – und wir werden diese Strukturen nicht kostenlos erhalten.

4. Qualität

Die Forderung nach verstärkter Qualitätssicherung bzw. -verbesserung gesundheitlicher Leistungen ist inzwischen Standard – ihre Einlösung in der Praxis will jedoch erst noch Standard werden.

Bezogen auf den Bereich der »Prävention und Gesundheitsförderung« muss allerdings zugleich bedacht werden, dass in der Vergangenheit hier eine »Kultur der Evaluation und des Qualitätsmanagements« noch nicht hinreichend entstehen konnte – dass also in der nahen Zukunft unterstützende Maßnahmen zur Ermöglichung entsprechender Routinen vonnöten sind. Des Weiteren muss bedacht werden, dass zahlreiche Maßnahmen der Prävention anderen Gesetzmäßigkeiten folgen und andere Auswirkungen haben als eine z. B. nicht sachgerechte Operation am offenen Herzen!

5. Effizienz

Das Wirtschaftlichkeitsgebot bei Leistungen nach dem SGB gilt selbstverständlich auch bezüglich der dort entsprechend verankerten Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung.

Es wird zukünftig jedoch intensiver als bisher öffentlich zu diskutieren sein, dass Prävention als »Investition in den Erhalt der Gesundheit« weniger ökonomisch als vielmehr unter ethischen Aspekten betrachtet werden muss. Dies umso mehr, als »Effizienz« (auch in Zeiten der Verwaltung des Mangels) kein Ziel für sich, sondern vielmehr eine Hilfsfunktion zur Erreichung eines anderen Ziels, eben der möglichst langen Bewahrung der Gesundheit unserer Bürger, ist.

6. Partizipation

Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2000/2001 eindringlich auf die Bedeutung des Aspekts der Partizipation im Gesundheitswesen aufmerksam gemacht. Die vielfältigen Ansätze der letzten Jahre (etwa über www.gesundheitsziele.de, über die noch laufenden Modelle zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65b SGB V oder über den Setting-Ansatz) sind ermutigend, müssen aber sorgfältig evaluiert, zum Teil erst noch getestet, weiterentwickelt und langfristig dann auch verfestigt werden.

Auch hier zeigt sich bereits, dass weder vollmundige Ankündigungen noch vollmundige Forderungen das Problem lösen –, sondern nur geduldige, da langfristig zu konzipierende, und differenzierte Arbeit an und mit konkreten Umsetzungskonzepten einen Erfolg zu gewährleisten in der Lage sind.

7. Innovation

Der Ort für Innovation ist weniger das Sozialgesetzbuch – sieht man einmal von auch hier sicherlich verbesserungsbedürftigen Teilen ab, sondern vielmehr eine praxisbezogene Forschung und Entwicklung sowie eine reflektierte »gute Praxis«.

Eine wichtige Aufgabe wird es sein, auch hierfür angemessene Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen Pioniergeist, Querdenkertum, Experimentelles und Ungewöhnliches sich mit dem bereits Bewährten zu einer neuen Dimension von Problembewältigung entwickeln können. Vorausschauende Unternehmen leisten sich »Think Tanks« im großen Stil – warum kann nicht die Prävention sich wenigstens ein paar kleine »Routinen der Innovation« ausdenken? Auch hier warten somit spannende Herausforderungen auf unseren Arbeitsbereich.

Instrumente des Präventionsgesetzes

Vor diesem Hintergrund sind im Rahmen des Präventionsgesetzes folgende Instrumente vorgesehen:

- Prävention soll künftig nicht mehr nur schwerpunktmäßig von der GKV finanziert werden, sondern auch von der Rentenversicherung, der Unfallversicherung und der Pflegeversicherung.
- Es soll ein Nationaler Präventionsplan soll geschaffen werden, dessen Ziele mit drei verschiedenen Strategien umgesetzt werden sollen, die sich

  gegenseitig ergänzen und so dafür sorgen, dass Prävention bei allen Bürgerinnen und Bürgern ankommt:
  - Individuelle Leistungen
  - Lebensweltorientierte Leistungen
  - Kampagnen durch Stiftung und Forum
- Die Länder sollen über finanzielle Anreize zu einer Beteiligung an der Umsetzung der Präventionsziele angeregt werden.

Finanzierung

Wenn man davon ausgeht, dass von gesundheitlicher Prävention nicht nur die GKV, sondern auch die Rentenversicherung in Bezug auf vorzeitige Verrentung, die Pflegeversicherung bezüglich der Pflegebedürftigkeit und die Unfallversicherung – wegen ihrer Zuständigkeit für die Verhütung berufsbedingter Gesundheitsgefährdungen – profitieren, muss sich dies auch in der Finanzierung widerspiegeln. Entsprechend sollen sich diese Sozialversicherungszweige beteiligen. Dabei soll die Sozialversicherung weiterhin einen Pro-Kopf-Anteil von 2,70 Euro für primärpräventive Maßnahmen zur Verfügung stellen. Das entspricht einer Summe von 180 Millionen jährlich. Die Rentenversicherung soll 50 Cent pro Versichertem aufbringen, das entspricht 40 Millionen. Die Unfallversicherung wird mit 20 Cent pro Versichertem veranschlagt und soll 20 Millionen für lebensweltorientierte Leistungen und Kampagnen zur Verfügung stellen und die Pflegeversicherung kommt bei 15 Cent pro Versichertem auf einen Beitrag von 10 Millionen Euro.

Die Höhe der jeweiligen Beiträge orientiert sich hierbei zum einen an den Ausgabenbereichen, in denen Einsparungen zu erwarten sind und zum anderen an dem Betrag, der von der GKV für primärpräventive Leistungen zur Verfügung gestellt wird.

Nationaler Präventionsplan

Der Nationale Präventionsplan ist das zentrale Instrument, um sicherzustellen, dass die Maßnahmen gebündelt werden, um Synergien zu nutzen und die Zielorientierung im Bereich der Prävention sicherzustellen. Er wird von der Bundesregierung erstellt. Dabei soll zum einen der notwendige Sachverstand von Robert Koch Institut, Bundes-Zentrale für gesundheitliche Aufklärung und anderen eingesetzt werden und zum anderen sollen alle an Prävention beteiligten Akteure wie Sozialversicherung, Länder, Kommunen, Forum, Selbsthilfe eingebunden und ein Recht auf Stellungnahme erhalten.

Der nationale Präventionsplan legt Präventionsziele und Instrumente fest. Er richtet sich dabei in erster Linie an Sozialversicherungsträger und den Bund, kann aber auch Passagen haben, auf die die Länder bzw. die Kommunen sich verpflichten. Eine gesetzliche Festlegung der Länder auf die Ziele ist kompetenzrechtlich nicht möglich.

Der Nationale Präventionsplan wird regelmäßig überarbeitet und kann damit immer wieder an aktuelle Gegebenheiten angepasst werden und neue Schwerpunkte setzen.

Individuelle Leistungen

Für individuelle Leistungen sollen 40 % der Gesamtsumme ausgegeben werden. Hier handelt es sich um Kurse für Versicherte, z.B. Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Rauchentwöhnung, etc. Diese Leistungen, die es bisher nur bei der Gesetzlichen Krankenversicherung gab, sollen künftig auch von Rentenversicherung und Pflegeversicherung zur Verfügung gestellt werden. Die Unfallversicherung wird hier ausgenommen, weil sie über keine Strukturen verfügt, die eine solche Leistungserbringung erfordert.

Die konkreten Maßnahmen, die als individuelle Leistungen angeboten werden, sollen der Zielerreichung der Präventionsziele aus dem nationalen Präventionsplan dienen. Mit individuellen Leistungen erreicht man alle Bürger und Bürgerinnen, die die Verantwortung für ihre Gesundheit ernst nehmen und etwas für sich tun wollen.

Lebensweltorientierte Leistungen

Die lebensweltorientierten Leistungen, für die ebenfalls 40 % der Gesamtsumme zur Verfügung gestellt werden soll, richtet sich an Bürgerinnen und Bürger in ihrer Lebenswelt. Lebenswelten sind Betriebe, Schule, Kindergärten, Senioreneinrichtungen, aber auch Stadtteile, eben alle Orte, an denen Menschen arbeiten, wohnen, lernen, spielen und ihre Freizeit verbringen.

In den Lebenswelten braucht es Projekte, die an die spezifischen Gegebenheiten angepasst sind und zum Ziel haben, die Menschen zu befähigen, sich selbst für gesundheitliche Verbesserungen einzusetzen. Hier wird nach dem Setting-Ansatz der WHO Gesundheitsförderung betrieben, d.h. die Menschen sollen zu mehr Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit befähigt werden.

Lebensweltorientierte Leistungen sollen aus einem Gemeinschaftsfonds auf Länderebene finanziert werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass nicht Partikularinteressen der einzelnen Versicherungen das Geschehen bestimmen, sondern die Leistung auch wirklich da ankommt, wo sie benötigt

wird. Auch die lebensweltorientierten Leistungen orientieren sich am Nationalen Präventionsplan und verfolgen seine Ziele.

Kampagnen

10 % der Mittel werden für bundesweite Kampagnen zur Verfügung gestellt. Diese sollen als breites Instrument auf Bundesebene die individuellen und lebensweltorientierten Leistungen ergänzen. Kampagnen dienen der Information und Stärkung des Gesundheitsbewusstseins aller Bürgerinnen und Bürger. Sie werden von der Stiftung und dem Forum durchgeführt. Neben der Verwendung von Mitteln der Sozialversicherungsträger ist die Stiftung natürlich auch für weitere Zustifter offen.

Auch die Kampagnen orientieren sich am Nationalen Präventionsplan. Da eine direkte Beteiligung der Länder aus den genannten kompetenzrechtlichen Gründen nicht möglich ist, ist für die Landesebene folgendes Anreizmodell vorgesehen.

Projekte auf Landesebene

Für landesweite Projekte und Maßnahmen sind ebenfalls 10 % der Gesamtmittel vorgesehen, wobei diese nicht an die Länder ausgeschüttet werden, sondern im Einzelfall für konkrete Vorhaben beantragt werden müssen.

Die Länder müssen jedes Projekt zu 50 % mitfinanzieren. So wird sichergestellt, dass die Länder nicht aufgrund dieser neuen Möglichkeit eigene Initiativen zurückfahren, sondern im Gegenteil die Chance zur Verdoppelung ihrer Mittel sehen.

Die Bewilligung erfolgt durch die Sozialversicherungsträger, um wiederum sicherzustellen, dass die Mittel nur für solche Maßnahmen ausgegeben werden, die im Aufgabenspektrum der Sozialversicherungsträger liegen.

Ziele des Präventionsgesetzes

Die Arbeit zu Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist derzeit gekennzeichnet durch ein unterschiedliches Verständnis von Prävention und eine fehlende Qualitätssicherung. Weitere Defizite sind die geringe Anzahl lebenswertorientierter Angebote der Gesundheitsförderung sowie eine ausreichende Datenlage, die als Grundlage für qualitätsorientierte Maßnahmen notwendig ist.

Mit dem Präventionsgesetz wird ein Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen eingeleitet. Prävention und Gesundheitsförderung sollen zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung neben der Akutbehand-

lung, der Rehabilitation und der Pflege ausgebaut werden. Ziel soll sein, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und damit die Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit nachhaltig zu verbessern. Die Maßnahmen müssen allen Bürgerinnen und Bürgern zugute kommen. Das Präventionsgesetz soll den Herausforderungen der demographischen Entwicklung in einer älter werdenden Gesellschaft und der damit einhergehenden Änderung der Krankheitsverläufe begegnen.
Das Präventionsgesetz soll im Einzelnen folgenden Zielen dienen:

- Definition der Prävention und Gesundheitsförderung
- Entwicklung vorrangiger Präventionsziele
- Bündelung der Ressourcen
- Stärkung des Bewusstseins und der Eigeninitiative
- Stärkung des Stellenwertes der Selbsthilfe
- Verbesserung der Abstimmung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst
- Kooperation mit dem Wirtschafts-, Kultur-, Bildungs- und Freizeitbereich
- Förderung der Präventionsforschung
- Intensivierung der Prävention in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe.

Prävention und Gesundheitsförderung können gerade im Bereich der Sozialversicherungen dazu beitragen, dass Ausgaben gesenkt werden, indem der so genannte Versicherungsfall, d.h. der Eintritt einer Krankheit, von Pflegebedürftigkeit oder der vorzeitigen Berentung verhindert und verzögert wird.

Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung

Die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, soziale Pflegeversicherung und Rentenversicherung bekommen die Aufgabe, eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung zu gründen. Die Stiftung soll unter Rechtsaufsicht des Bundes stehen.
Aufgaben der Stiftung: Bei der Auswahl der Ziele und Strategien müssen folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Zielgruppenorientierung, wobei insbesondere die Wirkung für sozial benachteiligte Gruppen zu beachten sind
- Häufigkeit der gesundheitlichen Probleme (Prävalenz)
- Relevanz aus Sicht von Public Health und Medizin
- volkswirtschaftliche Relevanz
- nachgewiesene Wirksamkeit der Maßnahmen (Evidenz)
- Geschlechtssensibilität.

Ausblick

Das Gesetz wird auf der Gesundheitsberichterstattung des Bundes aufbauen und bisher geleistete Arbeit wie z.B. »www.gesundheitsziele.de« zur weiteren Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland sowie die Arbeit der Selbsthilfegruppen einbeziehen.

Das Gesetz wird eine klarere Zielorientierung und effiziente Abstimmung und Vernetzung der Aktivitäten der Akteure im Gesundheitswesen bewirken und Synergien wecken. Deshalb war die Initiative zur Gründung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Sommer 2002 ein wichtiger Beitrag auf diesem Weg. Wir stehen hier am Anfang einer Entwicklung, die große Chancen in sich birgt.

Wir haben die Chance, Prävention als im Gesundheits- und Sozialsystem gesetzgeberisch zu gestalten und damit sicherzustellen, dass mehr Prävention und Gesundheitsförderung für alle Bürgerinnen und Bürger unseres Landes Realität werden kann.

Sie sind eingeladen und aufgefordert, sich aktiv an diesem Prozess zu beteiligen und Ihren Beitrag dazu zu leisten, dass bei der Gesetzgebung und vor allem auch der Umsetzung den Bedürfnissen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen Rechnung getragen wird.

Behinderung verhindern – Behinderung lindern

Karl Hermann Haack

Die Psychiatrie als Reformmotor beim Wandel sozialer Sicherungssysteme

Die strukturell innovativsten Ansätze innerhalb unserer Gesundheits- und Sozialsysteme sind von der Psychiatrie ausgegangen. Vieles von dem, was im Zuge der Psychiatriereform seit 1975 an strukturellen Veränderungen gefordert wurde, hat erst lange nach Verwirklichung innerhalb des psychiatrischen Systems Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden. Doch auch wenn die Wege lang und beschwerlich sind und die Mühlen sozialer Systeme sehr langsam und sehr bedächtig mahlen, so darf ich doch sagen, dass wir seit dem Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik aus dem Jahr 1998 kontinuierlich dabei sind, die Innovationen aus der Psychiatriereform für andere Sozialleistungsbereiche zu übernehmen. Dabei beziehe ich mich insbesondere auf den personenzentrierten Ansatz.

Dass die Psychiatrie innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens eine so innovative, wenn auch oft unterschätzte Rolle spielt, das hat sicherlich in allererster Linie mit den dort agierenden Menschen zu tun. Und es hat mit Sicherheit auch etwas damit zu tun, dass dort – wenn auch nur ein kleiner Teil – betroffene Menschen Unterstützung innerhalb des psychiatrischen Systems einfordern. Es sind die Psychiatrieerfahrenen, die ihre Finger treffsicher in die offenen Wunden des Systems legen. Entweder als organisierte Patientenselbsthilfebewegung oder aber auch als einzelne Ratsuchende. Manchmal macht ein einzelner, eigentlich so selbstverständlich klingender Wunsch deutlich, wo die Grenzen des Hilfesystems liegen: Wenn für eine Leistung der zuständige Träger nicht gefunden werden kann, wenn sich Hilfemaßnahmen plötzlich überschneiden, wenn die Leistung nicht im Angebot des Trägers ist, aber doch so notwendig wäre usw.

Dadurch, dass diese Grenzen von den Betroffenen selten akzeptiert werden, sind alle innerhalb des Systems immer wieder angehalten zu überprüfen, ob ihr System denn wirklich richtig, d.h. zielführend oder anders gesagt: ob ihre Arbeit denn erfolgreich ist.

Die Menschen, die aufgrund einer seelischen Krise Hilfe innerhalb des psychiatrischen Systems gesucht haben, sind aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse und ihrer Bedarfe Seismographen für unser soziales System.

Die Aktion Psychisch Kranke ist in diesem Prozess immer als Anwalt der Betroffenen aufgetreten. Sie hat es vorbildlich verstanden, den Reformprozess innerhalb der sozial- und gemeindepsychiatrischen »Szene«

zu moderieren als auch die von dort berichteten Erfahrungen und aufgestellten Forderungen erfolgreich bei den politisch Verantwortlichen zu Gehör zu bringen. Das Gebot, den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen Rechnung zu tragen, ist heute sowohl im Krankenversicherungsrecht als auch im SGB IX an prominenter Stelle verankert.

Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik

Ein zentraler Punkt ist der Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik, den wir seit 1998 vollziehen und in deren Zuge wir das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe behinderter Menschen in den Mittelpunkt unseres Handelns gestellt haben. Seit 1998 haben wir mit verschiedenen gesetzlichen Änderungen – über deren Vielzahl die Menschen bisweilen bereits stöhnen – zahlreiche Verbesserungen für behinderte und chronisch kranke Menschen erzielen können. Von Anfang an haben wir uns zum Ziel gesetzt, den personenzentrierten Ansatz generell bei unseren sozialen Sicherungssystemen in den Mittelpunkt zu stellen.

Wir haben bereits in der Gesundheitsreform 2000 und anschließend mit dem neuen Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – die Gedanken und Erfahrungen aus nunmehr über 25 Jahren Sozialpsychiatrie aufgegriffen.

Lassen Sie mich einige Aspekte stichpunktartig skizzieren:

Mit der GKV-Reform 2000 haben wir die integrierte Versorgung ermöglicht, die Soziotherapie eingeführt und Institutsambulanzen als Versorgungsleistung etabliert. Außerdem haben wir den Vorrang ambulanter Behandlungen deutlich gestärkt und die Qualitätssicherung festgeschrieben. Und bereits mit der GKV-Reform 2000 haben wir die Prävention zurück in den Leistungskatalog geholt, worauf bereits Frau Kühn-Mengel eingegangen ist.

Auf diesem Weg sind wir mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus diesem Jahr weiter gegangen. Hervorheben möchte ich hier besonders die Stärkung der Patientenrechte. Die Vertreter von Patientinnen und Patienten sitzen seit Januar dieses Jahres mit beratender Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss, der wichtige Richtlinien, zum Beispiel Behandlungsleitlinien, erlässt. Ich weiß, dass es Kritik daran gibt, dass die Vertreter der Patientinnen und Patienten nur eine beratende Stimme, nicht aber Entscheidungskompetenz haben. Auf der anderen Seite muss man aber sehen, dass es schon ein großer Schritt und ein schwieriger Prozess gewesen ist, überhaupt eine »dritte Bank« im Bundesausschuss einzurichten. Der Bundesausschuss

der Ärzte und Krankenkassen war gewissermaßen die »heilige Kathedrale«, in der seit Bestehen der Bundesrepublik die geballte Definitionsmacht für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens ihren Sitz hat. Als wir dann den Gedanken aufgenommen haben, Vertreter der Patienten als Experten in eigener Sache in diese »heilige Kathedrale« mit hineinzunehmen, ist dies auch als Misstrauensantrag gegenüber der Arbeit des Bundesausschusses definiert worden. In den ersten Beratungen des nunmehr gemeinsamen Bundesausschusses zur Chronikerregelung, zur Fahrtkostenregelung und zu den Heilmittelrichtlinien hat sich dann aber schnell gezeigt, dass dieser Prozess im Grunde sehr positiv verläuft und man auf kurzem Wege Dinge regeln kann. Dies ist ein großer Schritt nach vorne.

Die Erweiterung des Bundesausschusses dokumentiert damit einen Ansatz, der die Interessen der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt und deren Perspektiven und Erfahrungen aufgreift und berücksichtigt.

Auch im Bereich der Gesetzgebung haben wir den Trialog verwirklicht. Es gehört zu unserer neuen Grundphilosophie, kein Gesetz für behinderte Menschen mehr ohne Beteiligung behinderter Menschen zu gestalten. Diesen Ansatz haben wir in mehr oder weniger allen Bereichen unseres Sozial- und Gesundheitssystems gewählt. In diesem Zusammenhang will ich daran erinnern, dass das Forum behinderter Juristinnen und Juristen den Entwurf für das Bundesgleichstellungsgesetz gemacht hat, den wir dann übernommen haben. Auch an dem nun vorliegenden Entwurf für ein Antidiskriminierungsgesetz ist das Forum behinderter Juristinnen und Juristen beteiligt gewesen.

Mit dem SGB IX haben sich viele Änderungen ergeben, die sich – da sie strukturelle Aspekte betreffen – vielleicht nur mittelbar als besonders wichtig für den Psychiatriebereich herausstellen. Hervorheben möchte ich dabei die so genannten »drei Ks«: Die Kooperation der Leistungsträger untereinander, die Koordination und Konvergenz im Rehabilitationsverlauf.

Außerdem haben wir das Wunsch- und Wahlleistungsrecht gestärkt, insbesondere durch die Einführung des persönlichen Budgets, das mit der Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch zum trägerübergreifenden persönlichen Budget weiterentwickelt worden ist. In der Kombination von Wunsch- und Wahlrecht und persönlichem Budget realisiert sich der emanzipative bürgerrechtliche Gedanke, der dem Paradigmenwechsel für Menschen mit Behinderungen zu Grunde liegt. Wir nehmen damit von der Tradition des paternalistischen Fürsorgestaates endgültig Abschied.

Wenn ich dies alles einmal mit den Worten der Sozialpsychiatrie ausdrücken sollte, dann würde ich sagen: Durch die Stärkung der Prinzipien ambulant vor stationär, wohnortnah vor wohnortfern, Rehabilitation vor Rente

und Rehabilitation vor Pflege haben wir den Weg in die Gemeindepsychiatrie gefunden.

Das Wunsch- und Wahlleistungsrecht stärkt den personenzentrierten Ansatz und geht weg vom angebotszentrierten Ansatz.

Mithilfe von Arbeitsassistenz und der Beratung durch Integrationsfachdienste stärken wir den Grundsatz »Erst platzieren, dann rehabilitieren«.

Behinderung vermeiden

Im SGB IX haben wir an prominenter Stelle – nämlich direkt im allgemeinen Teil – die Prävention geregelt. Die Rehabilitationsträger müssen nach dem SGB IX darauf hinwirken, dass der Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung vermieden wird. Prävention wird als Grundprinzip aller von den Rehabilitationsträgern zu gewährenden Leistungen verstanden. Dieses Grundprinzip ist nicht nur im Zusammenhang mit Sozialleistungen, sondern auch im betrieblichen Kontext zu berücksichtigen.

Wie lassen sich aber konkret der Eintritt einer Behinderung oder eine Chronifizierung einer Erkrankung vermeiden? Diese Frage ist gerade für Menschen schwer zu beantworten, die eine psychische Krise durchlebt haben. Natürlich gilt auch hier, eine frühzeitige Erstbehandlung hilft, Verschlimmerungen vorzubeugen. Wer rechtzeitig ambulant therapeutisch begleitet wird, braucht vielleicht niemals eine stationäre Hilfe und wer frühzeitig Rehabilitationsleistungen erhält, bei dem kann vielleicht der Eintritt einer Behinderung vermieden werden. Das ist eine Allerwelts-Weisheit, und auch das alte Rehabilitationsrecht enthielt schon den Grundsatz, dass Rehabilitationsleistungen frühzeitig, zügig und möglichst umfassend erbracht werden sollen. Aber nach dem alten Recht vergingen durchschnittlich 59 Wochen von Antragstellung bis zum Bescheid. Hier verstrich kostbare Zeit als Wartezeit, in der sich Krankheiten chronifizieren und Behinderungen manifestieren konnten.

Wir haben nun im SGB IX gesetzlich die Fristen geregelt, innerhalb derer die Rehabilitationsträger entscheiden müssen. Diese Vorgabe hat eine unglaubliche Bewegung in das System gebracht. Heute vergehen durchschnittlich nur noch drei Wochen von der Antragstellung bis zur Entscheidung des Rehabilitationsträgers. Die Rehabilitationsträger haben an der Umsetzung der neuen Vorgaben aktiv mitgewirkt, denn sie wissen, dass eine frühzeitige Rehabilitation Folgekosten vermeiden hilft.

Ebenso wissen wir, dass Arbeitslosigkeit krank macht. Wenn man Sprechstunden als Abgeordneter des Deutschen Bundestages abhält, wenn man in

Selbsthilfegruppen geht, erfährt man, welche Bedeutung langdauernde Arbeitslosigkeit für die psychische Verfasstheit der Betroffenen hat. Arbeitslosigkeit macht krank. Dies ist vielfältig erforscht und beschrieben worden. Wenn es uns schon nicht gelingt, die dauerhafte Arbeitslosigkeit von Menschen gänzlich zu verhindern, dann sollten wir uns dennoch nicht damit abfinden, die Chronifizierung von psychischen Erkrankungen aufgrund von Arbeitslosigkeit hinzunehmen.

In diesem Zusammenhang ist auf die rechtliche Verankerung von Arbeitsassistenz, Integrationsfachdiensten sowie Integrationsfirmen im SGB IX hinzuweisen, die jetzt durch das Gesetz zur Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen noch einmal eine deutliche Aufwertung erfahren haben. Insbesondere Integrationsfirmen sind ein Instrument, um Arbeitslosigkeit gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend begegnen zu können. Dieses Gesetz nimmt zudem die Arbeitgeber stärker in die Pflicht, frühzeitig das Gespräch mit erkrankten Mitarbeitern zu führen, um so einen eventuellen Rehabilitationsbedarf im Rahmen eines Eingliederungsmanagements aufgreifen zu können.

Behinderung lindern

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf auszurichten, Krankheitsfolgen zu mindern und zu lindern. Dieses Gebot haben wir ausdrücklich bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgenommen und jeweils einen Katalog von Hilfen und Maßnahmen eingefügt, die der Sekundär- und Tertiärprävention dienen und gerade bei psychisch erkrankten Menschen von entscheidender Bedeutung sind. Hierzu gehören:

- Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung sowie zur seelischen Stabilisierung,
- die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen und die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfestellen,
- die Einbeziehung des sozialen Umfeldes durch die Information und Beratung von Partnern, Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen.

Die dem SGB IX zugrunde liegenden Leitgedanken fanden sich auch in den drei Prinzipien des Europäischen Jahres behinderter Menschen wieder. Diese lauteten: »Teilhabe verwirklichen, Gleichstellung durchsetzen, Selbstbestimmung ermöglichen«. Wie lassen sich diese Prinzipien umsetzen? Hierzu drei Ansatzpunkte:

- Teilhabe beginnt bei der einzelnen Person. Hierzu sind Case-Management mit integrierter personenbezogener Hilfeplanung und Peer-counselling zu stärken.
- Selbsthilfe wird kompetenter Partner von Politik und anderen Interessengruppen. Das heißt, Kompetenzzentren aufzubauen und zu vernetzen, um auf gleiche Augenhöhe als Experten in eigener Sache dem Politikbetrieb und den Institutionen sozialer Sicherungssysteme gegenübertreten zu können.
- Ein wirksames Instrument als Kompass über die Grenzen der Legislaturperioden hinaus heißt, einen Teilhabeplan formulieren und auch umsetzen.

Umsetzungsprobleme und Lösungswege

In den Anhörungen zur Umsetzung der Gesetze, wie sie beispielsweise zum SGB IX regelmäßig stattfinden, bekommen wir von fast allen Seiten zu hören, dass wir gute Gesetze gemacht haben, die aber nicht richtig umgesetzt werden.

In den vorausgegangenen Beiträgen ist bereits angesprochen worden, dass an der Umsetzung von Gesetzen mehrere Akteure maßgeblich beteiligt sind.

- Im Bereich des Gesundheitswesens obliegt die Umsetzung von Gesetzen in wesentlichen Bereichen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Spitzenverbänden der Krankensicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
- Wir haben ein föderales System mit unterschiedlichen Vorstellungen der Bundesländer über die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme.
- Und wir haben ein subsidiäres Verbändesystem von Leistungsträgern und Leistungserbringern, das eigene strukturelle und Institutionen erhaltende Interessen hat und durchzusetzen versucht.

Wenn diese Akteure gegeneinander wirken, dann kann auf Bundesebene Gesetzgebung mit noch so guten Gesetzen organisiert werden, ohne ein synergetisches Zusammenspiel aller Beteiligten können Gesetze nicht erfolgreich und im Sinne der Bürgerinnen und Bürger umgesetzt werden. Dies ist ein Punkt, der uns zurzeit sehr beschäftigt.

Es geht um die Frage, wie politische Entscheidungen bürgernah gestaltet und umgesetzt werden können. Wir müssen feststellen, dass es Beharrungskräfte im System gibt, die sich aus Eigeninteresse weigern, gesetzliche Vorgaben zu erfüllen. Ein Beispiel hierzu ist die Umsetzung der Frühförde-

rungsrichtlinie, die schließlich als Rechtsverordnung geregelt wurde, weil die Selbstverwaltung nicht in der Lage war, sich an einen Tisch zu setzen und die Vorgaben des SGB IX umzusetzen. Doch auch die nun erlassene Rechtsverordnung wird nicht umgesetzt. Wenn sich die Beteiligten weigern, Gesetze umzusetzen, ist dies für mich Ausdruck struktureller Gewalt. Hierin besteht aus meiner Sicht ein Kernproblem, das ich immer wieder intern in den Ministerien erklärt und bis ins Bundeskanzleramt getragen habe.

An dieser Stelle ist nun aber auch zu berücksichtigen, dass wir mit dem SGB IX, dem Gleichstellungsgesetz und dem bald vorliegenden Antidiskriminierungsgesetz die Rechte und die Rechtsposition behinderter Menschen gestärkt haben. Heute gibt es ein Verbandsklagerecht, das wir in dem Bundesgleichstellungsgesetz eingeführt haben.

Wir haben Ihnen mit diesen Gesetzen Instrumente an die Hand gegeben, mit denen Sie sich nicht nur in vielfältiger Weise als Experten in eigener Sache aktiv einbringen und einmischen können, sondern mit denen Sie auch besser als bisher versuchen können, die eigenen Rechte durchzusetzen.

Außerdem gibt es die Möglichkeit, Zielvereinbarungen nach dem Bundesgleichstellungsgesetz zu schaffen. Warum sollen zum Beispiel Zielvereinbarungen nur für Verträge zwischen Rollstuhlnutzerinnen und -nutzern und dem Gaststättenverband oder zwischen Gehörlosen- und Blindenverband und der Deutschen Bahn geschlossen werden? Vielleicht gibt es ja bald auch eine Zielvereinbarung der Psychiatrieerfahrenen über Qualität und andere Modi mit einem Klinikbetreiber im Sinne von Zertifizierung. Auch das wäre ein Schritt der Emanzipation der Psychiatrieerfahrenen gegenüber den Betreibern von stationären und ambulanten Einrichtungen. Auch hier ist ein Feld, auf dem Sie sich als Experten in eigener Sache bewegen können. Ich kann Sie nur ermuntern, erfinderisch und innovativ zu sein und diese Wege zu gehen, die die Gesetze uns allen eröffnet haben.

Ausblick

Das Ziel, auf das Reformpolitik hinarbeiten muss, ist die gesellschaftliche Teilhabe (Inklusion) aller. Soziale Sicherung soll und muss die Ausgrenzung des Einzelnen oder von Gruppen aus dem Alltagsleben, aus Beruf, Nachbarschaft, Familie, Kultur usw. entgegenwirken. Sie muss – positiv formuliert – gesellschaftlichen Zusammenhalt stiften. So beginnt Prävention.

Das künftige Rehabilitationssystem muss die individuellen Stärken, Lebensplanungen und Zielvorstellungen der Betroffenen in den Mittelpunkt aller Entwicklungen und Aktivitäten stellen.

An dieser Stelle ist aber auch auf einen Konflikt aufmerksam zu machen, den wir irgendwann politisch lösen müssen: Wir haben einerseits gewissermaßen Budgetierungen, wir haben Fallpauschalen, das heißt, es werden ökonomische Größen vorgegeben, die für soziale Leistungen zur Verfügung stehen. Wenn wir andererseits einen personenzentrierten Ansatz wählen und der seinen Ausdruck in individuellen Hilfen und einer individuellen Hilfeplanung findet, gerät man in einen Gegensatz zu Budgetierung und Fallpauschalen.

Wir erleben derzeit eine Ökonomisierung der Sozialpolitik, in deren Zuge der Begriff von der angebotsinduzierten Leistungsausweitung geprägt wurde: Es kann immer mehr und von allem mehr geben. Es musste daher eine Begrenzung gefunden werden. Hierzu haben uns die Ökonomen die Philosophie der Budgets und der Fallpauschalen mehr oder weniger ins Gesetz hineindiktiert. Wir müssen damit nun umgehen lernen und eine Antwort finden, wie wir als Sozialpolitiker unter diesen Rahmenbedingungen unser Ziel verwirklichen können: Individuelle Hilfeplanung als Antwort auf Krisen und schwierige Lebenssituationen gerade bei psychisch erkrankten Personen zu finden.

Abschließend will ich Ihnen noch den Gedanken des nationalen Teilhabeplanes vorstellen. Er ist der Versuch eine Antwort darauf zu geben, dass wir es in dieser Republik mit drei Tabus zu tun haben, die nicht diskutiert werden: Der Föderalismus, die subsidiären Verbändesysteme und die staatsfernen sozialen Sicherungssysteme. Als Gegenentwurf zu diesen Strukturen habe ich die Idee des nationalen Teilhabeplanes in die Diskussion gebracht. Darin sind Ziele und Projekte zu beschreiben, die wir zusammen mit den betroffenen Menschen entwickeln und die dann auf den unterschiedlichen Ebenen umzusetzen sind. Es geht hierbei um ein gemeinsames Verständnis auf der Ebene einer Zielvereinbarung, wie die Lebenswirklichkeit für Menschen mit Behinderungen, insbesondere der psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen aussehen soll, wie sie zu organisieren und auszugestalten ist.

Das künftige Rehabilitationssystem muss die individuellen Stärken, Lebensplanungen und Zielvorstellungen der Betroffenen in den Mittelpunkt aller Entwicklungen und Aktivitäten stellen.

Transparenz und Verständlichkeit sind weitere wesentliche Aspekte. Dies beginnt mit der barrierefreien Zugänglichkeit zu Informationen und einer niedrigschwelligen, umfassenden und trägerübergreifenden Beratung. Das soziale Beratungsangebot muss sich als eine nutzerorientierte Dienstleistung verstehen und einen schnellen bürgernahen Zugang zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ermöglichen.

Mit den Gemeinsamen Servicestellen verfügen wir über ein Netz, das nun in diesem Sinne ausgebaut und sinnvoll ausgefüllt werden kann.

Damit verbunden ist die Funktion einer ersten Anlaufstelle/Clearingstelle, die eine verbindliche Zuordnung der Zuständigkeiten ermöglicht. Ganzheitliche Beratung und Unterstützung führt dort zu einer gemeinsamen Bedarfsermittlung, Zielformulierung und Hilfeplanung. Das gesamte so definierte Assessmentverfahren kann in der Servicestelle erfolgen, Beratung, Hilfeplanung und Leistungserbringung muss auch bei unterschiedlicher Zuständigkeit »wie aus einer Hand« (Komplexleistungen) gelingen.

Wir müssen ein Bild davon gewinnen und konkretisieren, wohin die gesellschaftliche Situation von Menschen mit Behinderungen sich entwickeln muss und soll. Notwendig dazu ist ein Perspektivenwechsel hin zu einem umfassenden Ansatz der Einbeziehung und Berücksichtigung von Belangen behinderter Menschen, d.h.: Jedwedes politisches und gesellschaftliches Handeln soll danach befragt werden, in welcher Weise es zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen beiträgt bzw. sie verhindert.

Der Teilhabeplan soll eine Richtschnur, eine Leitlinie bilden, die z.B. Konkretisierung u.a. durch Gesetze und Verordnungen erhalten kann, er soll Maßstäbe setzen, um Entscheidungen der Selbstverwaltungen in den sozialen Sicherungssystemen zu überprüfen und zu bewerten, und er soll einen Rahmen geben, um z.B. Förderprogramme zur Sicherung und Weiterentwicklung der Teilhabe behinderter Menschen in allen Lebensbereichen einzuordnen.

Sie erkennen, wie weit sich die Politik schon in Richtung personenzentrierter Hilfen, gemeindenaher Ansätze und der – nicht nur trialogischen – Einbeziehung aller bewegt und weiter bewegen wird. Mit der Darstellung, wie im SGB IX Prävention und Rehabilitation unter dem umfassenden Aspekt der Teilhabe miteinander verwoben sind, wollte ich als Behindertenbeauftragter deutlich machen, dass aus meiner Sicht für behinderte Menschen eine ihren Belangen und Bedürfnissen entsprechende Rehabilitation besser durch eine konsequente Umsetzung des SGB IX realisiert werden kann. Gerade für behinderte Menschen sind die Grenzen zwischen Prävention und Rehabilitation fließend, das SGB IX setzt diese Erkenntnis durch unterschiedliche, den Bedürfnissen des Einzelnen angepasste Strategien um und löst sich damit aus gutem Grunde von dem althergebrachten Verständnis von Primär-, Sekundär und Tertiärprävention. Dieser wegweisende Ansatz sollte in die jetzige Diskussion zu Ansätzen und Inhalten eines Präventionsgesetz Eingang finden.

Sinn und Möglichkeiten der Prävention bei psychischen Erkrankungen

Reinhard Peukert

Die Ankündigung eines Präventionsgesetzes hat in der Bundesrepublik eine Debatte befördert, in die auch die Möglichkeiten und Perspektiven der psychiatrischen Prävention einzubringen sind.

Was das Präventionsgesetz betrifft, ist bislang nur der politische Wille formuliert worden: »Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Ursachen therapieren – statt nachträglich an Symptomen herumkurieren. Das ist moderne Gesundheitspolitik.« (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004)

Während im neu geschaffenen Forum für Prävention für Gesundheitsförderung bereits mit der Diskussion über mögliche Ausformungen des Präventionsgesetzes, die Zusammenarbeit der Akteure und mögliche Schwerpunkte begonnen wurde, stehen wir Teilnehmer am psychiatrischen Diskurs noch ganz am Anfang gemeinsamer konzeptioneller Vorstellungen. Allerdings gibt es bereits viele vereinzelte und bislang insgesamt unkoordinierte Aktivitäten, die das Label »Prävention psychischer Erkrankungen« verdienen, von denen wir etliche im Rahmen dieser Tagung vor- und zur Diskussion stellen werden. Besonders fortgeschritten ist die Prävention bei Suchterkrankungen, deshalb ist dem ein separates Referat gewidmet (siehe den Beitrag von Wienberg).

Präventionskonzepte und Krankheitsmodelle

Überlegungen zur und die unterschiedlichen Praxen von psychiatrischer Prävention folgen den Vorstellungen, die wir uns von psychischen Erkrankungen zu machen pflegen. »Präventionskonzepte jeglicher Art basieren – meist unbewusst – auf einem bestehenden Menschen- und Gesellschaftsbild und reproduzieren dies in ihrer Umsetzung.« (Bauch & Bartsch 2003: 5) Dieses Menschen- und Gesellschaftsbild steht in einem Beziehungsverhältnis zum Stand fachlicher Erkenntnisse.

Ich kann mich noch sehr gut an die Zeit erinnern, als mir – damals noch als Jugendlichem bzw. jungem Erwachsenen und in psychiatrischen Dingen unerfahrenem Angehörigen eines an Schizophrenie erkrankten Bruders – auf meine wiederholt insistierend vorgetragenen Fragen, warum es denn zu dieser hoch dramatischen, für die ganze Familie traumatisierenden, mit Polizeigewalt bewehrten Zuführung zur stationären Behandlung kommen musste von professioneller Seite regelmäßig und ausschließlich geantwortet wurde: Das sei eines der Probleme dieser Erkrankung, man könne nichts im Vorfeld tun.

Etwa zur gleichen Zeit schrieben die Sachverständigen in der Psychiatrie-Enquete, die Prävention hänge davon ab, »vermeidbare Krankheitsursachen auszuschalten« (ENQUETE 1975 S. 386). Die Autoren zählten damals unter anderem auch die Desorganisation der Familie, u.a. durch Alkohol, Drogen, Tod oder Scheidung, sowie Entwurzelung (z.B. durch Migration) und ökonomische Notlagen als Belastungssituation auf, »in der mit einer erhöhten Gefährdung, psychisch zu erkranken, gerechnet werden muss« (ebenda S. 388). Folgerichtig spielten in der Psychiatrie-Enquete bei den Maßnahmen der »Primärprävention psychischer Störungen« auch die »Hilfen für wirtschaftlich Bedrängte« (ebenda S. 389) eine herausragende Rolle, einschließlich der »wirtschaftlichen Sicherung der Betagten durch entsprechende Altersvorsorge«.

Im Bericht der Expertenkommission (1988), der sich vorrangig der Situation chronisch psychisch kranker Menschen widmete, findet sich der Begriff Prävention überhaupt nicht. Der Blick wird auf das gemeindepsychiatrische Hilfesystem und die Gemeinde gerichtet. In diesem Kontext wird die Bedeutung von natürlichen Netzwerken gewürdigt, die zwar einzubeziehen, aber in ihrer Autonomie nicht gefährdet werden sollten.

Auch in der psychiatrischen Fachliteratur fristete das Thema Prävention noch lange Zeit ein Schattendasein. So enthält z.B. das Hand-werks-buch Psychiatrie (BOCK & WEIGAND 1991) hierzu nur eine halbe Seite – im Kapitel Suchterkrankungen.

In den letzten Jahren wandelt sich dieses Bild. Spätestens mit der ABC-Studie von Häfner (HÄFNER et al. 1998) folgen unsere Überlegungen zur Prävention unseren neu gewonnenen Vorstellungen zur Erkrankung:

In der Forschung und in den Früherkennungszentren hat ein Wettlauf um die Identifikation vielleicht doch sensitiver, prognostisch reliabler Prodromalsyndrome begonnen, und Früherkennungsinventare werden entwickelt und bereits europaweit getestet. Dies aus gutem Grunde, denn unter den Menschen mit unspezifischen Prodromalsyndromen sind einige bis viele, die ohne eine frühe Hilfe voraussichtlich psychisch erkranken werden; könnte man sie relativ sicher identifizieren, könnte bei nahezu der Hälfte von ihnen der Übergang in eine Erkrankung vermieden werden – und bei der anderen Hälfte wäre immerhin die erforderlich werdende psychiatrische Hilfe gleich zur Stelle (siehe auch den Beitrag von HAMBRECHT).

Dabei müssen wir uns aber auch kritisch fragen: Ist das nicht der Einstieg in eine tröpfchenweise Infiltration der Psychiatrie in die Normalgesellschaft – dieser Psychiatrie mit dem Janusgesicht von Hilfe und Kontrolle, der Gleichzeitigkeit von nahezu grenzenloser Akzeptanz von Andersartigkeit und der zugleich bestehenden Bereitschaft bzw. Notwendigkeit zur Anwen-

dung von Zwang? Besteht nicht die Gefahr einer frühzeitigen, und ggf. »falsch-positiven« Stigmatisierung? Oder haben wir es hier mit einem sich etablierenden neuen System zu tun?

Annäherungen an einen Präventionsbegriff

LUHMANN (1983) hat uns gelehrt, Systeme an den sie fundierenden binären Codes zu erkennen. Entsteht hier am Rande des Gesundheitssystems ein anderes, das nicht dem das Gesundheitssystem (Luhmann spricht realistischer vom »Krankheitssystem«) basierenden Code »Krank-Gesund« folgt?

Dann wäre die dramatische psychotische Vorphase nicht nur der Übergang in eine Erkrankung, sondern auch der Übergang aus einem grundlegend anderen System in das »Krankheitssystem«. Hilfen in diesem, aber ggf. auch schon in einem vorangegangenen Zeitabschnitt des individuellen Lebenslaufs, hätten dann vor allem eine wesentliche Funktion, die vor allem im Lotsen durch die Klippen dieses sicherlich schwierigen Systemüberganges liegt. Systemübergänge zu verhindern oder zu moderieren – das scheint der Sinn, und zugleich ein Problem von Prävention zu sein. Prävention ist immer an Systemübergängen angesiedelt

- wo gesund in krank,
- wo Lebensbedingungen und -verhältnisse in zunächst minimale und schließlich wahrnehmbare biologische Schädigungen übergehen,
- wo akut krank in chronisch krank und/oder
- wo Behinderung der Teilhabe bzw. chronisch krank in Pflegebedürftigkeit überzugehen droht.

Prävention soll diese Übergänge vermeiden (helfen) oder sie hinauszögern. Dabei ergibt sich eine doppelte Zielsetzung für Prävention auf unterschiedlichen Ebenen: Sie soll dazu dienen

- Gesundheit, Lebensqualität, Leistungsfähigkeit soweit möglich zu fördern bzw. erhalten;
- die Last der Krankheits(folge)kosten zu vermindern.

Präventionsziel Krankheits(kosten)vermeidung

Es gibt Autoren, die in der Präventionsdebatte den »Healthismus« am Werke sehen: Gesundheit werde uns als kostensenkende Bürgerpflicht aufgeherrscht, Gesundheit ausschließlich als gesellschaftlicher Nutzen definiert, Krankheit allein als Kostenfaktor gesehen und Prävention sei nun das Interventions-

instrument. Dieser »Healthismus« sei die motivierende Kraft, die die Gesundheitspolitik antreibe. Die mit Prävention nachgewiesenermaßen mögliche Einsparung von ca. 30 % der direkten und indirekten Gesundheitskosten (SCHWARZ et al. 1999) seien somit das geheime und hinterhältige Ziel »des Systems« hinter der Präventionslyrik.

In dem Gutachten zur Krankheitskostenlast und deren Reduktionspotentialen (SCHWARZ et al. 1999) wurden bezogen auf das Jahr 1994 für Depressionen sowie für Neurosen und funktionelle Störungen die »realistisch vermeidbaren Gesundheitsausgaben« durch »risikomodifizierende Ansätze zur präventiven und rehabilitativen Beeinflussung« (ebenda S. 169) in Höhe von 37,3 % errechnet, das entsprach 1994 2,5 Mio. DM.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass davon allein 1,1 Mio. DM durch die Reduktion von Arbeitsunfähigkeits-Tagen entstehen würden (SCHWARZ et al. 1999, S. 143). Nun sind seit 1994 die Krankmeldungen aufgrund psychischer Erkrankungen um 74,4 % gestiegen und die Fehlzeiten wegen psychischer Erkrankungen inzwischen auf Platz vier bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit vorgerückt. Diese Entwicklung ist ein Hinweis darauf, dass sich betriebliche Prävention psychischer Störungen für alle Beteiligten lohnt. Folgerichtig ist sie im § 20 SGB V berücksichtigt und wir werden sie wohl auch im Präventionsgesetz wiederfinden. Eine Krankenkasse geht schon heute ungewöhnliche Wege und finanziert ein Projekt zur betrieblichen Prävention in Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (siehe den Beitrag von JULIUS).

Aber die Autoren der Healthismus-Debatte übersehen die aktuelle relative fiskalische Bedeutung von Prävention. Von den im Jahre 2001 verausgabten 225 Mrd. Euro Gesundheitsausgaben wurden gerade mal 1,5 % für den gesamten Bereich der Gesundheitsförderung ausgegeben, darin enthalten 0,65 % für Soziale Dienste, Prävention, Selbsthilfe. Im öffentlichen Gesundheitsdienst – eine der Stützen von Prävention und Gesundheitsförderung – arbeitet gerade mal 0,6 % des Gesundheitspersonals (eigene Berechnung nach Daten des BMGS und nach: Prävention 1/2003, S. 11 sowie www.destatis.de/Themen/d/thm_gesundheit/htm)!

In diametralem Gegensatz zum Healthismus steht der wohl weitestgehende Begriff von präventiven Aktivitäten: »Sie sollen das Individuum befähigen, in Freiheit und Selbstbestimmung den gesunden Weg zu gehen.« (BAUCH & BARTSCH, in: Prävention 1/2003, S. 6)

Weniger euphemistisch, fast schon technokratisch, lautet das übergeordnete Präventionsziel: Gesundheit erhalten, d.h.

- Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit sichern,

- einen schlechteren Zustand vermeiden (Kuration und Rehabilitation suchen einen besseren Zustand zu erreichen) (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2000/2001, RZ 110),
- eine gesundheitliche Beeinträchtigung durch gezielte Aktivitäten verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern (DZA 2001, S. 193).

Mit diesen Definitionen von Prävention müssen wir uns gegenwärtig zufrieden geben, da eine einheitliche Sprache noch nicht gefunden ist.

Formen und Ziele der Prävention

Für die fachliche Präzisierung ist es erforderlich, den Oberbegriff in weitere Teilbereiche und -ziele zu differenzieren (siehe Abb. 1), wobei diese Taxonomie auch für die Finanzierungsdiskussion beachtliche Bedeutung gewinnen wird.

Chancen und Risiken bei der Früherkennung

Mit den Früherkennungsprojekten bewegen wir uns im Feld der »indizierten Primärprävention«. Hier geht es vorrangig darum, durch spezielle Aktivitäten (z.B. Kurse zur Stressbewältigung) noch vor Eintritt einer biologisch fassbaren Schädigung sowie spezifischer ICD-Symptome potenziell auslösende oder vorhandene Teilursachen zu vermeiden (z.B. krisenhafte Zuspitzungen von Belastungen), um so die psychische Erkrankung zu verhindern (WALTER 2002). Die damit parallelisierbaren Aktivitäten in der Somatik sind die Früherkennungsuntersuchungen: die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen in der GKV, wie z.B. die Krebsfrüherkennung und die U1- bis U6-Untersuchungen. Bei der Krebsfrüherkennung sind die falsch-positiven Befunde und deren Folgen, zum Beispiel unnötige Brustamputationen, das größte Problem.

In der Psychiatrie müssen wir uns der Frage stellen, welches Risiko das höhere ist:

- Das mit der Früherkennung einhergehende Stigmatisierungsrisiko, (wobei die Reduktion der Stigmatisierung selbst Zielkategorie von Prävention ist, s.u.)?
- Das Risiko einer unnötigen Früh-Behandlung wegen falsch-positiver Indikation?
- Oder das Risiko, psychiatrisch krank zu werden?

	Primärprävention		
Ziel	Die Entstehung von Krankheiten (oder von [Teil]Ursachen von Erkrankungen) verhindern oder verringern		
Formen	Universelle Primärprävention: Ansprache des großen Publikums	Selektive Primärprävention: Personen oder Gruppen mit erhöhtem Krankheitsrisiko (Vorliegen von Risiken oder keinen protektiven Faktoren)	Indizierte Primärprävention: Personen mit minimalen Symptomen und biologischen Risikomarkern – ohne Erreichen der Diagnoseschwelle
Indikator der Zielerreichung	Senkung der Inzidenzrate oder der Eintrittswahrscheinlichkeit		
	Sekundärprävention		
Ziele und	▪ Bestehende Krankheiten (auch im symptomlosen Zustand) frühzeitig erkennen erfolgreich therapieren ▪ Fortschreiten des Krankheitsfrühstadiums verhindern ▪ Wiedererkrankung vermeiden bzw. hinausschieben ▪ Krankheit bewältigbar machen		
Indikator der Zielerreichung	Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankung		
	Tertitärprävention		
Ziele	▪ Verschlimmerung der Erkrankung verhüten ▪ Vermeiden bleibender insbesondere sozialer Funktionseinbußen ▪ Vermeiden bzw. mildern von Folgeschäden ▪ Vorzeitige Verrentung verhindern ▪ Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. hinauszögern		
Indikator der Zielerreichung	Leistungsfähigkeit soweit als möglich wieder hergestellt		

Abb. 1: Formen und Ziele der Prävention

Sollten wir uns der Gefahr, Menschen sehr frühzeitig dem Stigma auszusetzen, stellen – angesichts unseres Wissens, dass fast alle Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Familien zumeist jahrelange Odysseen hinter sich bringen mussten, bevor sie hilfreiche Unterstützung und angemessene Behandlung erhielten?

Sollten wir soweit gehen, Eltern, Lehrer, Vorgesetzte, Nachbarn darin zu schulen, wie man Menschen erkennen kann, die möglicherweise psychisch zu erkranken drohen oder es ggf. schon sind, um diesen Leidenden möglichst frühzeitig adäquate Hilfen zuteil werden zu lassen?

Das Konsensuspapier der World Psychiatric Association (WPA) fordert dies im Rahmen der Aktivitäten für Sekundärprävention, aber ist Früherkennung Sekundärprävention?

Die WPA fordert jedenfalls die Erhöhung der öffentlichen Sensibilisierung für frühe Symptomwahrnehmung und prompte Interventionen: »the individuals and their families, and community at large should be helped in learning how to regonice mental disorders« (S. 7).

Ist der Eingriff in die Lebenswelt, die potenzielle Klientifizierung von Menschen gestattet? Können wir adäquate Unterstützung bieten, wenn Eltern oder Arbeitgeber z.B. aufgrund eines Themenabends im Fernsehen eine beginnende Erkrankung im Umfeld erahnen? Wie kann das Dilemma zwischen dem Eingriff in die Autonomie der Lebenswelt und Lebensführung auf der einen – und von wissentlicher Hinnahme eines mit Leid und sozialem Abstieg verbundenen Risikos psychischer Erkrankung auf der anderen Seite aufgelöst werden?

Allerdings wird auch die Begründung der Früherkennungsprojekte, wonach die Erkrankung bei Menschen mit einer lange unbehandelten Schizophrenie zu einem schlechteren Outcome führe, angezweifelt. Nahezu 50 % aller Schizophrenien enden mit einer guten Remission; diese Personen werden zwangsläufig (da sie inzwischen wieder gesund sind) in den Untersuchungen zur unbehandelten Krankheitszeit ausgeschlossen.

Wie kann frühzeitige Hilfe und Unterstützung erfolgen – ohne »blaming the victim« (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 278)?

Der Gesprächskreis »Arbeit und Soziales« der Friedrich-Ebert-Stiftung hat zu begrenzenden Normen aufgerufen: »Der mögliche Gewinn von Prävention und Gesundheitsförderung ist stets mit den Einschränkungen privater Freiheit auszubalancieren.« (in: Der Gelbe Dienst, 12.03.04, S. 5)

Wir wissen auch, dass jede Form von Hilfe den Hilfeempfänger immer auch ein wenig unselbstständig macht und ihm ggf. Selbstheilungskräfte entzieht. Mithin stellt sich die Frage, wie kann frühe Hilfe gegeben werden, in der diese Nebenwirkungen nicht deren Wirkungen übersteigen?

Klaus Dörner hat erst kürzlich den Nutzen des medizinischen Krankheitsbegriffs herausgestellt, u. a. mit dem Argument, dass er gegen die uferlose Ausdehnung psychischer Störungsvarianten und gegen »unsere Aneignungssucht«, die kaum »noch irgendeine Norm der Selbstbegrenzung« kenne, schützen würde (Dörner in: Bock et al. 2004, S. 20).

Im Kontext der Früherkennungsprojekte ist die von Dörner behauptete Schutzfunktion des Krankheitsbegriffs dann verloren, wenn wir die Früherkennung in der Prodromalphase als Sekundärprävention definieren, die be-

stehende Krankheiten (auch im symptomlosen Zustand) frühzeitig erkennen und erfolgreich therapieren will! Die Protagonisten der Früherkennungsprojekte stellen sich diese Fragen alle selbst (siehe den Beitrag von HAMBRECHT).

Die exemplarische Beschäftigung mit der Früherkennung soll ein Problem verdeutlichen: Wir nähern uns mit dem Präventionsthema den Höhen und Tiefen längst überwunden geglaubter Debatten um psychische Erkrankungen. Die Fragen nach gesellschaftlicher Norm und Abweichung, nach Intervention in Leid, auch nur potenziellem Leid – und Leid als gegebenem Lebensschicksal drängen sich in unseren Hilfediskurs, sobald uns die Dichotomie, der binäre Code »Krank – Gesund« und damit der vermeintlich sichere Boden unter den Füßen verloren geht. Primärprävention findet am Übergang »gesund-krank« statt, und wir stehen mit einem Bein auf der Seite »krank«, mit dem anderen auf der Seite »gesund«. Das kann uns in das »Lebenswelt-Dilemma« führen. Nun besteht aber der gesellschaftliche Nutzen der Früherkennungsprojekte gerade darin, dass sie sich auf die Grenze zwischen gesund und krank begeben, dadurch Optimismus in die Behandelbarkeit der Erkrankung vermitteln und damit einen Beitrag zur generellen Stigma-Reduktion leisten.

Gesundheitsförderung: Von der Pathogenese zur Salutogenese

Versuchen wir dem Dilemma durch einen Perspektivenwechsel zu entgehen, indem wir den pathogenetischen Blick durch den salutogenetischen ersetzen: Dabei wird zur Leitfrage, welche Bedingungen dafür verantwortlich gemacht werden können, dass aus Prodromalzuständen gerade keine psychischen oder anderen Erkrankungen erwachsen?

In der salutogenetischen Perspektive bilden Prävention und Gesundheitsförderung eher eine Einheit denn zwei voneinander abgrenzbare Felder. Präventive Ziele können durch die Senkung von Belastungen erreicht werden, »meist wird es aber auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitlichen Ressourcen der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben … sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um Handlungskompetenzen für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. fortzusetzen. Dieser Aspekt – die Stärkung bzw. Vermehrung von (gesundheits-

dienlichen, R.P.) Ressourcen – wird als Gesundheitsförderung bezeichnet« (SACHVERSTÄNDIGENRAT 2001/2002, RZ 111). – In der Folge der WHO (1986, Ottawa-Charta und 1978 Alma Ata) sowie des europäischen Programms »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000«, das 1998 in das Programm »Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert – Gesundheit21« überführt wurde, sieht der Sachverständigenrat Gesundheitsförderung als Herangehensweise an die Primärprävention (RZ 112, Hervorhebungen von R.P.) definiert, wobei es sich dabei regelmäßig um »unspezifische Maßnahmen« handele (RZ 111)[1], die sich also nicht auf spezielle Krankheiten beziehen würden.

Früherkennung mit dem pathogenetischen Blick wäre »inzidierte Primärprävention«: es geht darum, potenzielle Frühentwicklungen psychischer Krankheiten zu identifizieren und hilfreich tätig zu werden. Das ist – trotz aller Nachdenklichkeiten – ein sehr wichtiges Anliegen.

Wo wäre demgegenüber die Primärprävention mit salutogenetischer Perspektive zu platzieren? Die Orte ihres Wirkens sind die Straßen, die Schulen, die Kneipen, die Nachbarschaft. Wir befinden uns plötzlich voll und ganz in der alltäglichen Lebenswelt, in der Gemeinde – an dem Ort, »wo Gesundheit von Menschen geschaffen und gelebt wird« (Ottawa-Charta, zitiert nach BZgA 2003, S. 44). Diese Räume der alltäglichen Lebenswelt sind schon längst besetzt von »Universeller Primärprävention«, von Maßnahmen der aktiven Gestaltung von Lebens-, Arbeits- und Beziehungsverhältnissen, die allen Bürgern zugute kommen, die für alle gesundheitsfördernd, zumindest gesundheitserhaltend sind.

Die allgemeine Präventionsdebatte und -praxis hat sich im Bereich der universellen Primärprävention auf vier Felder festgelegt:

- Gesunde Ernährung,
- Bewegung,
- Entspannung/Stressbewältigung und
- Suchtvorbeugung.

1 Allerdings ist die strikte Trennung in spezifische und unspezifische Prävention nicht möglich, wie der Sachverständigenrat am Beispiel Tabakkonsum deutlich gemacht hat (RZ 121); ebenso kann aus Sicht des Sachverständigenrates »eine trennscharfe Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention irreführend sein« (RZ 120). Bei der Planung von Präventionsmaßnahmen ist die Zieldefinition von ausschlaggebender Bedeutung; unter dem Gesichtspunkt der Ziele und der Bestimmung der angestrebten Effekte ist die Differenzierung in angestrebte Veränderungen bei dem Einzelnen einerseits, in angestrebte Veränderung der Umwelt – im Kontext – andererseits sinnvoll.

Für diese Zielfelder bei Kindern und Jugendlichen bis zu 14 Jahren wurde auch der diesjährige Deutsche Präventionspreis ausgelobt (www.deutscher-praeventionspreis.de). Die Förderung der seelischen Gesundheit gehört jedoch auch nach ganz oben auf die Agenda.

Zunächst einmal ist festzustellen: Mit dem Blick auf das große Publikum und der salutogenetischen Perspektive auf Gesundheitserhaltung und -förderung gewinnen wir auf einmal wieder sicheren Boden unter den Füßen, aber dafür müssen wir jetzt einen Begriff von Gesundheit gewinnen, der zudem auf die Förderung psychischer Gesundheit passt!

Protektive Gesundheitsfaktoren

Krankheit ist hin und wieder besiegbar, chronische Erkrankungen können und müssen erträglicher gestaltet werden und können auch überwunden werden – aber Gesundheit ist nicht beliebig herstellbar. Gesundheit entsteht und erhält sich in den Nischen der Lebenswelt. Sie wird beeinflusst von einer Vielzahl von Faktoren und stellt sich beiläufig her (vgl. Abb. 2).

Gesundheit ist ein Nebeneffekt von:

- Ich-Stärke
- Sinnhaftigkeit
- Genussfähigkeit
- erwartungssicherer Sozialstruktur
- internaler Kontrollüberzeugung
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Selbstgewissheit und Selbstaufmerksamkeit
- Zuversicht und Optimismus
- Neugierde auf das Leben
- aktivem Bewältigungsverhalten

Gesundheit ist das Ergebnis eines positiven Selbstbildes der eigenen Handlungsfähigkeit.

Abb. 2: Protektive Gesundheitsfaktoren

Abb. 2 enthält eine Aufzählung aus Büchern zu nachgewiesenen gesundheitsförderlichen bzw. -erhaltenden protektiven Faktoren, die u.a. auch in die Vorschlagsliste von Indikatoren für Gesundheitsberichterstattung eingegangen sind (Walter & Schwarz in: BZgA 2003, S. 112). Psychische Gesundheit ist zudem ein Nebeneffekt des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (siehe die Meta-Analyse zu Untersuchungen zum Kohärenzgefühl in Bengel et al. 2001, S. 44 f.):

Das Kohärenzgefühl ist »eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und dass zweitens Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, dass diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen« (Antonovsky 1993, S. 12).

Wen von uns erinnert sich nicht an das berühmte Zitat von Manfred Bleuler in seinem Brief vom 18.2.1984 an Klaus Dörner: »Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwierigen inneren und äußeren disharmonischen Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert, einen ›point of no return‹ überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben wurde.«

Das heute in der Gesundheitsförderung geläufige systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell) formuliert es einfacher: »Die Gesundheit eines Menschen hängt davon ab, wie gut es diesem gelingt, externe und interne Anforderungen mithilfe externer und interner Ressourcen zu bewältigen.« (BZgA 2003, S. 13)

»Externe Anforderungen« sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen, »interne Anforderungen« resultieren aus den Bedürfnissen, Zielen, und Werten:

- Ernährung, ausreichender Schlaf, Sexualität, Bewegung (physiologische Bedürfnisse);
- Selbstverwirklichung, Orientierung und Sicherheit, Bildung, Bindung und Achtung (»Bedürfnisse nach Erkundung der Umwelt und des Selbst«; BZgA, S. 13).

Alles, was der Passung von Anforderungen und Ressourcen dient, fördert die Gesundheit!

Die wechselseitige Beeinflussung der intern-personellen und extern-kontextuellen Ebene, unter dem Gesichtspunkt der Wirkung, versteht sich von selbst. Dies gehört zu den Grundfesten (nicht nur sozial-)psychiatrischen Denkens:

Psychische Erkrankungen sind in der Genese, im Verlauf und in der Behandlung sowie in der subjektiven Eigenverarbeitung nicht vom sozialen

Kontext zu trennen, und damit ist das Modell auch belastbar für die Spezifik seelischer Gesundheit und psychiatrischer Erkrankungen. Das Modell entspricht auch den Grundmaximen der ICF, die für den Sektor Behinderung und Rehabilitation entwickelt wurden – womit die tertiäre Prävention einbezogen ist. In der ICF wird die Funktionsfähigkeit (auf den Ebenen Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe) als eine Funktion des Gesundheitsproblems und den intern-personellen sowie extern-kontextuellen Faktoren betrachtet. Außerdem wird in Förderfaktoren und Barrieren unterschieden, die die »funktionale Gesundheit« beeinflussen.

In der salutogenetischen Diskussion werden die Anforderungen (im Anschluss an die Stresstheorie von Lazarus) vornehmlich als gesundheitsfördernde Herausforderungen angesehen, die erst bei nicht ausreichenden Ressourcen zu Belastungen, d.h. zu Barrieren werden. Ob eine Anforderung ein Förderfaktor oder eine Barriere ist, entscheidet sich an den verfügbaren Ressourcen. Daher können personenbezogene Förderfaktoren und Barrieren nicht in epidemiologischen Untersuchungen, sondern nur in der konkreten Lebenswelt der Menschen gefunden und auch nur dort beeinflusst werden. Trotz seiner verblüffenden Einfachheit bildet das Modell wesentliche Dimensionen des Krankheits-, Gesundheits- und Teilhabe-/Behinderungsverständnisses ab. Es lenkt unsere Aufmerksamkeit auf aktive Anpassung, auf Belastungs-/Anforderungsreduktion und Ressourcenentwicklung – anstatt alle Hoffnungen auf das Heil aus wirksamen Heilmitteln, den sog. »magic bullets« zu setzen.

	Anforderungen/Herausforderungen	Ressourcen
intern, personell	Feld I Welche Förderfaktoren können gestärkt werden?	Feld II Welche Ressourcen können unterstützt werden?
extern, kontextuell	Feld III Welche Barrieren können beseitigt werden? Welche Belastungen können reduziert werden?	Feld IV Welche Ressourcen können unterstützt und/oder bereit gestellt werden?

Abb. 3: Interventionsfelder präventiver Aktivitäten

Prävention in der Kindheit

Mit der salutogenetischen Perspektive dürfen wir die Primärprävention seelischer Störungen (nicht die psychiatrische Prävention!) noch viel früher als die Früherkennungsprojekte ansetzen und so unseren Interventionspunkt

noch viel weiter nach vorn verlegen: In die ganz frühe Kindheit, oder gar in die pränatale Phase.

Lemp, Ciompi und viele andere haben uns gelehrt, dass psychische Erkrankungen auch aus ganz minimalen prä-, peri- oder postnatalen Schädigungen herauswachsen, die zunächst zu Kommunikationsstörungen und sozialem Rückzugsverhalten veranlassen, was wiederum die kognitive und emotionale Anpassungsfähigkeit schwächt, woraus weitere Kommunikations- und soziale Störungen bis hin zu Auffälligkeiten resultieren und so weiter. Das wären dann wohl ganz frühe »subkutane Prodromalzustände«.

Es scheint erwiesen, dass geringfügige Hirnschädigungen den Ausgangspunkt dieser Entwicklung bilden. Schon die Enquete sprach davon, dass »den präventiven Bemühungen in der Kindheit eine ausgesprochene Vorrangstellung« zukomme (Enquete 1975 S. 392). Heute sehen das wohl alle so – natürlich auch die Krankenkassen: »Kindern als Zielgruppe kommt wegen der Langzeitwirkung und dem Zukunftsaspekt eine besondere Bedeutung zu.« (Rebscher in: Der Gelbe Dienst 5/2004, S. 129)

So gesehen ist Prävention in der Kindheit eine frühe Investition – »mit einer sich potenzierenden Rendite«! Auch im Bundesprojekt »Gesundheitsziele.de« wurde gerade die frühe Kindheit als Interventionsfeld für frühe Gesundheitsförderung priorisiert, um ihnen einen gesunden Start ins Leben zu ermöglichen. Hierzu wurden bereits eine Reihe von Maßnahmevorschlägen gemacht, die aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ergänzt werden können (siehe den Beitrag von Fegert).

Die Autoren der Enquete sprachen von »Grundbedürfnissen im psychosozialen Bereich«, wobei »Disfunktionen« zu psychischen Störungen führen könnten; daher sei die Sicherung dieser Grundbedürfnisse Primärprävention: »Dazu gehört das Bedürfnis nach Geborgenheit, nach beständigen und strukturierten Kontakten zu festen Bezugspersonen, nach ausreichender affektiver Bindung und intellektueller und pädagogischer Anregung.« (Enquete 1975 S. 386) Seit diese Aussagen erstmals formuliert wurden hat sich dank der Kleinkindforschung unser Wissen über die fundamentale Bedeutung dieser Bedürfnisse vervielfacht. Dann wären also die kindlichen Grundbedürfnisse das vorrangige Investitionsobjekt. Daraus wurde seitens der Enquete die Forderung abgeleitet, »die Anwesenheit der Mutter (oder einer die Mutter voll ersetzenden Bezugsperson, so auf S. 388, R.P.) … wenigstens in den ersten Entwicklungsjahren zu sichern« (S. 389) – also die kontextbezogenen Ressourcen zu stärken. Somit ist Familienpolitik universelle Primärprävention (Mutterschutz, Erziehungszeiten etc.).

Die vorher angesprochenen geringfügigen und potenziell pathogenen

Hirnschädigungen könnten qua Gehirnscreenings identifiziert werden, um auf die Folgeprozesse einzuwirken. Ich möchte es nur als Frage formulieren: Sollten wir uns für frühkindliche Gehirnscreenings als universelle Primärprävention einsetzen – bei allen Babys, oder im Sinne der indizierten Primärprävention nach Risikogeburten?

Weiter oben wurde behauptet, dass Prävention psychischer Erkrankungen bzw. die Förderung seelischer Gesundheit mit auf die Agenda der Präventionsdebatte und -praxis gehört, neben Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sucht.

Betrachten wir die Liste der protektiven Gesundheitsfaktoren (Abb. 2) mit dem »psychiatrischen Blick«, dann sehen wir, dass bei psychischen Störungen genau das gestört ist, was beiläufig generell Gesundheit generiert! Dies bedeutet nicht mehr und nicht weniger, dass das Einwirken auf diese für seelische Gesundheit fundamentalen Faktoren »General-Präventiven Charakter« hat, denn es bedeutet, dass seelische Gesundheit Gesundheit generell fördert! Für den Faktor Kohärenz legen dies internationale Forschungen mit dem »SOC-Fragebogen« nahe (Übersicht der Studien und Fragebogen in: Bengel et al. 2001 S. 115 ff.), und in Baduras Studie zur Tertiär-Prävention (Badura 1985) hat sich Selbstvertrauen und Kontrollüberzeugung (gemessen mit dem Paerin-Fragebogen) als Indikator für erfolgreiches Leben sowie Krankheitsbewältigung empirisch erwiesen. Weil das so ist, gehört die Förderung der seelischen Gesundheit ganz oben auf die Agenda!

Antonovsky ging davon aus, dass die Beeinflussung dieser für seelische Gesundheit und Gesundheit generell fundamentalen Faktoren, wenn überhaupt, nur sehr begrenzt möglich sei. Das Projekt der BZgA zur Suchtprävention »Kinder stark machen« hat den Beweis angetreten: Die internen, personenbezogenen protektiven Faktoren, also die »internen Ressourcen«, haben sich als grundsätzlich positiv beeinflussbar erwiesen. Allerdings sind eingreifende Beeinflussungsversuche zu meiden, sie könnten in das »Interventionsparadox der Prävention« führen.

Das Interventionsparadox der Prävention

In der Aufzählung der protektiven Faktoren (Abb. 2) ist mit der »erwartungssicheren Sozialstruktur« ein Kontext-Faktor eingestreut, der nachweislich an der Herausbildung der intern-personalen Faktoren beteiligt ist (in Abb. 3 ist er Feld IV, kontextuelle Ressourcen, zuzuordnen). Die Integration in funktionierende soziale Netzwerke hat sich – wissenschaftlich erwiesen – als der

salutogenetische Wirkfaktor Nr. 1 herausgestellt (u. a. Bauch & Bartsch in: Prävention 1/2003): Dabei geht es um die Integration in lebenswelt-alltäglich erlebte Bindungsstrukturen, und nicht in Hilfenetzwerke, die bei Erkrankungen kriterial sind.

Schon die Autoren der Bibel wussten um die bindende Kraft des Miteinanders: »Zweie sind besser dran als nur einer, denn … fallen sie, so hilft der eine dem anderen auf. Doch wehe dem einzelnen, wenn er fällt und kein anderer da ist, ihm aufzuhelfen. Und liegen zwei beieinander, so haben sie warm; wie aber könnte einer allein erwärmen?« (Prediger 4, 9–11)

Gut gemeinte präventive Strategien könnten nun dazu führen, dass gerade dies unterminiert wird. Der präventionsmotivierte, rationalisierende Eingriff in guter Absicht nimmt dem alltäglichen Soziotop seine Unmittelbarkeit einer naturhaft erlebten, enttäuschungsfesten Sozialform; so könnte genau das verloren gehen, was ihn zum Ort von Gesundheit gemacht hatte.

Wie kann das »Interventionsparadox der Prävention« umgangen werden? Anstatt zu intervenieren wäre die natürliche Lebenswelt vor sozialmanipulativen und/oder interventionistischen Zugriffen zu schützen; stattdessen wären in der alltäglichen Lebenswelt der Menschen die salutogenen Figurationen aufzuspüren – die dann besonders gehegt und gepflegt werden sollten. Um beim Bild zu bleiben: Naturhaftes Gärtnern statt Kunstrasen – das ist der Ratschlag.

Angesichts des Leidensdrucks, der von psychischer Erkrankung ausgeht, ist diese Sichtweise gewöhnungsbedürftig. Angehörige psychisch kranker Menschen könnten diese Überlegungen aggressiv machen: Sie sind die tagtäglich Mit-Leidenden. Deshalb sei daran erinnert, dass wir uns im Vorfeld befinden, noch weit weg von seelischen Störungen. Dort, wo unsere »Zielpersonen« keineswegs psychisch krank und wir deshalb auch gut beraten sind, symptomähnliches Verhalten nicht überzuinterpretieren – um der Gefahr der therapeutischen Überreaktion zu entgehen (Elzer in: Mauthe (Hg.) 2001, S. 11) – gleichzeitig müssen wir uns allerdings auch vor der Gefahr des Verleugnens und Ignorierens von Frühsymptomen schützen.

Für das Aufspüren salutogener Figurationen und der behutsamen gärtnerischen Pflege des Soziotops möchte ich ein Beispiel anführen: Kinder psychisch kranker Eltern werden häufiger selbst psychisch krank als andere Kinder. Sie sind damit Kandidaten für selektive Primärprävention. Wir wissen aber auch, dass viele dieser Kinder nicht nur gesund bleiben, sondern hohe soziale Kompetenzen entwickeln. Inzwischen ist es evidenzbasiert, dass die enge und tragende Beziehung zu einer stabilen Bezugsperson salutogen wirkt – sozusagen als kleines funktionierendes soziales Netzwerk. Das heißt

die internen-personellen Ressourcen werden gestützt, indem von den intrapersonellen Anforderungen das Bedürfnis des Kindes nach erwartungssicherer Bindung unmittelbar befriedigt wird. Der präventive Beitrag würde hier bedeuten, die Bindungssicherheit gebenden Personen von lässlichen anderen Verpflichtungen zu befreien, z.B. durch die Bezahlung einer Haushaltshilfe oder durch nachbarschaftliche Hilfe. Damit würde das Interventions-Feld IV betreten und kontextuelle Ressourcen bereitgestellt. In der Taxonomie von Präventionsmaßnahmen wäre das selektive bzw. indizierte Primärprävention (Letzteres, wenn man dem genetischen Faktor größeres Gewicht beimessen wollte).

Bei einem Teil der Kinder reichten aus verschiedenen Gründen die protektiven Faktoren nicht aus, und auch die propagierte behutsame Pflege war oder ist aus Gründen der Familienkonstellation nicht möglich. Diese Kinder würden zusätzliche Hilfe benötigen, hier wäre die Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychiatrie gefordert. Die erforderlichen Maßnahmen sollten schon dann eingeleitet werden, solange sie noch als indizierte Primärprävention möglich sind – sich also noch keine psychische Erkrankung bei dem Kind eingestellt hat und dann nur noch sekundär-präventiv gehandelt werden kann (siehe u.a. Mattejat et al. 1998 und Schone et al. 2002)!

Aus diesem Beispiel ergeben sich für die Präventionsdebatte zwei Erkenntnisse: Ob im Einzelfall primär- oder sekundär-präventive Maßnahmen indiziert sind, hängt von den individuellen Lebensumständen ab, oder anders gesagt: Primär- und sekundär-präventive Maßnahmen dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden! Und es zeigt uns, bereits die Primärprävention psychischer Erkrankungen bedarf sowohl sektor- und bereichsübergreifender als auch die einzelnen Sozialsysteme integrierende Kooperationen.

Integration der Hilfen ist Prävention! Das Erfordernis sektor-, bereichs- und die einzelnen Sozialsysteme übergreifender Integration gehört heute für Sekundär- und Tertiärprävention zum Einmaleins der Psychiatrie! Wesentliche Belastungen ergeben sich an den Schnittstellen des Versorgungssystems. Damit einher gehen Risiken zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Kunze 2002; Cording et al. 1988; Kissling 1994; Roick et al. 2001). Daher sind alle Formen integrierter und personenzentrierter Hilfeorganisation zugleich sekundär- bzw. tertiär-präventiv – sei es die integrierte Hilfeplanung, die Integration der Angebote in Verbünden mit Versorgungsverpflichtung oder seien es solche Modelle der Integrierten Versorgung, die sich über den Krankenkassen-, den Renten-, und den BSHG-Bereich erstrecken – also die Möglichkeiten des § 140 SGB V in die Verbundstruktur integrieren.

Primärprävention und psychische Erkrankungen

Soziale Netze wirken protektiv bzw. salutogen, aber Menschen mit eher niedrigem Selbstwertgefühl und schwächerer sozialer Kompetenz haben weniger bis keine Netzwerke (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 325) was sich bei Menschen mit psychischen Störungen potenziert. Ein Sachverhalt wiederholt sich: Gerade das, was protektiv wirken könnte, scheint gestört oder wird durch die Erkrankung gestört. Um dieses Problem anzugehen, hat die Gemeindepsychiatrie die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen (PSKB) hervorgebracht.

Niedrigschwellige Kontaktangebote

Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen erfüllen ihre Funktion nur, soweit sie natürliche soziale Netze nicht zu ersetzen suchen, sondern alles Erdenkliche tun, um Psychiatrie-Erfahrene oder von »Psychiatrie-Erfahrung Bedrohte« in die natürliche Lebenswelt zu integrieren. »Sie bindet die Kranken nicht an Institutionen und Therapeuten, sie verbindet sie mit dem Leben, dem normalen Lebensraum und den normalen Lebensbeziehungen.« (Grüß in: Thom u.a. 1990, S. 381)

»Dieser Gedanke (den an Schizophrenie Erkrankten an der Gemeinschaft teilhaben zu lassen, R.P.) beinhaltet, dass alle präventiven Maßnahmen gemeindenah (d.h. bürgernah) eingerichtet werden müssen, und dies nicht aus ideologischen oder humanitären Gründen, sondern weil die Gemeindenähe die einzige Möglichkeit der Bindung ans Normale, ans alltägliche, an das, was wir Wirklichkeit nennen, ist (Normalisierung).« (Dörner & Plog 1984, S. 178)

Für diese Aufgabe müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Fähigkeit verfügen, mit äußerst vorsichtigen und erwartungsunsicheren Menschen, die ihrer sozialen Netze verlustig zu gehen drohen oder sie bereits verloren haben, Kontakt aufzunehmen und zu halten.

Sie müssen ihre Hilfebereitschaft zur Verfügung stellen und gerade nicht selbstaktive oder intervenierende Hilfeleistungen; sie sind eher erwartungsfrei anwesend als zugehend und dabei aufmerksam abwartend, ob und wie sie von den Vorbeikommenden in Anspruch genommen werden.

So erhält die PSKB, eingebettet in ein Psychosoziales Zentrum, als Übergangsraum zur allgemeinen Öffentlichkeit die Funktion einer tatsächlich niedrigschwelligen Anlaufstelle, die aufgesucht werden kann, ohne sich als potenziell oder faktisch psychisch krank auszuweisen – aber man kann auch

das, und dieses Nebeneinander macht ihre Funktionalität aus. Man kann hereinschnuppern, egal wie gesund oder krank man sich fühlt; man kann sich präsentieren – oder es auch lassen; man kann sich informieren – man kann aber auch nur selbst passiv anwesend sein. Man kann sich unterhalten, Tee trinken und Kekse essen, daneben aber auch das Gespräch mit hoch kompetenten Anwesenden suchen – um z.B. ganz vorsichtig herauszufinden, ob man weitergehende Hilfe in Anspruch nehmen sollte, ob man Beratung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation oder Hilfen zur Teilhabe anstreben möchte. Die PSKB-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter erklären sich dafür verantwortlich, gewünschte und erforderliche Hilfen zugänglich zu machen. In der PSKB kann also bei Bedarf von der selektiven und/oder indizierten Primärprävention in der Psychosozialen Kontaktstelle flexibel zur Sekundärprävention übergegangen werden. In diesen Bedarfssituationen könnten von der PSKB als integralem Bestandteil eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes weitere Hilfen passgenau, für den Besucher bzw. die Besucherin transparent und partizipativ, und vor allem auch kurzfristig aktiviert werden.

Beiläufig erweisen sich die PSKBs damit als eine Spielart der Früherkennung, Frühbetreuung und Frühbehandlung. Sie können zudem das »inverse Versorgungsgesetz« konterkarieren. Das Gesetz besagt, dass bei den Menschen die geringsten Gesundheits- und Präventionsleistungen ankommen, die sie am nötigsten hätten. Die PSKBs bauen gerade nicht auf die mittelschicht-spezifische Aufklärung, nicht auf Info-Broschüren oder Vorträge; sie spüren den subjektiv erlebten Belastungssituationen und Ressourcen der Besucher in alltäglicher Kommunikation und Interaktion nach, in eigenen Räumen und an Orten der alltäglichen Lebenswelt, in die sie die Besucher zu integrieren suchen! Das ist niedrigschwellige Primärprävention, die ihren Preis hat und ihren Preis wert ist.

Unklar ist, warum sie bei dieser zentralen Funktion in der Prävention psychischer Erkrankungen nicht längst völlig selbstverständlich aus Mitteln der Sozialversicherungen finanziert werden – wo doch schon vor 30 Jahren in der Enquete der »Ausbau gemeindenaher psychiatrischer und psychotherapeutischer Dienste mit der Teilaufgabe Prävention« (Enquete 1975 S. 393) gefordert wurde.

Zur Finanzierung von Präventionsleistungen sei der stellvertretende DAK-Vorstandsvorsitzende Dr. hc. Herbert Rebscher, zitiert (Der Gelbe Dienst vom 12.03.04, S. 5): »Immer dann, wenn der Focus auf individuell erreichbare Personen gerichtet ist und die Ursache/Wirkungsbeziehung (auf) die Vermeidung nachfolgender Krankheiten, auch die Minimierung deren Risikopotentiale, ist die Krankenversicherung auch im finanziellen Obligo.«

Bleibt nur zu ergänzen: Wie bei anderen Maßnahme der Primärprävention auch wäre die Leistungsbereitschaft der »Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen« pauschal zu finanzieren, und zwar unabhängig von Umfang und Art der je aktuellen Nachfrage, denn darauf beruht ihre spezifische Funktionalität und Wirksamkeit!

Räume universeller Primärprävention

Weiter oben wurde betont: Die Identifikation und das Beeinflussen von Barrieren und Förderfaktoren sowie der Ressourcen kann nur in der konkreten Lebenswelt erfolgen. Die alltägliche Lebenswelt ist strukturiert, sie setzt sich aus sozialen Räumen zusammen, in denen wir jeweils mit Mitmenschen zusammenleben. Die WHO hat unter der Gesundheitsperspektive für diese einzelnen Sozialräume den Begriff »Setting« eingeführt, der für Prävention von zunehmender Bedeutung ist, auch in der bundesrepublikanischen Diskussion. Unter einem Setting versteht die WHO »… the place or social context in which people engage in daily activities, in which environmental, organisational and personal factors interact to effect health and well-being« (Health Promotion Glossary der WHO).

Schulen, Betriebe, Elternhaus, Freizeiteinrichtungen wie Sportvereine, Stadtteile oder Gemeinden sind mögliche Settings; Klaus Dörner hat uns in letzter Zeit wiederholt das Setting »Nachbarschaft« als präventiven Ort nahe gebracht. Settings können als Milieus aufgefasst werden, »wo vergleichbare, individuelle Erwartungen sich bündeln« (Rebscher in: Der Gelbe Dienst vom 12.03.04, S. 14). Hier wird der naturwüchsig-alltägliche Charakter des Lebensraums aufgegriffen.

Der Sachverständigenrat (2000/2001, RZ 133)[2] definiert prägnanter: Setting verweise auf einen sozialen Kontext,

- der als bewusst koordinierte Einheit
- mit relativ klarer Zugehörigkeit aufzufassen ist,
- und der auf kontinuierlicher Basis an der Erreichung eines Zieles oder

2 Der Sachverständigenrat (2000/2001) hält übrigens alle gewachsenen Ordnungsgesichtspunkte (Verhaltens- und Verhältnisprävention, individuen- und kontextbezogene Prävention, spezifische und unspezifische Prävention etc.) für wenig hilfreich (RZ 270) und schlägt Ziergruppenorientierung als fruchtbaren Ordnungsgesichtspunkt vor, wobei Settings eine Zielgruppe definieren. »Eine konsequente Zielgruppenorientierung der Prävention führt zu genauerer Beschäftigung mit den – objektiven wie subjektiven – Belastungen und Ressourcen, den durch diese mitbestimmten Bedingungen gesunden Lebens sowie zu klarer Zugangs- und Interventionsplanung.« (RZ 271)

mehrer Ziele arbeitet.

Präventive Maßnahmen in Settings und Milieus

- können gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreichen (z.B. Schüler und Lehrer; Gesunde und Kranke),
- und in solchen Maßnahmen können kontext- sowie individuumsbezogene Maßnahmen – sich wechselseitig unterstützend – kombiniert werden.

Ein Angehöriger, ein pensionierter Lehrer, erzählte mir einmal: »… Wenn ich damals als Lehrer nur halb so viel von psychischem Leid und Erkrankungen gewusst hätte wie heute – vielen Schülern, die es sehr schwer mit mir und dem Kollegium hatten, wäre es besser ergangen. Da wir es nicht besser wussten haben wir gerade diejenigen mit schleichendem oder plötzlichem Leistungsabfall und diejenigen, die sich zurückzogen, besonders herangenommen, und zwar in der – wie ich heute weiß – irrigen Ansicht, wir würden ihnen damit einen guten Dienst erweisen!«

Dieser pensionierte Lehrer denkt darüber nach, Lehrerkollegien an seinem heutigen Wissen teilhaben zu lassen, in gemeinsamen Gesprächen mit Schülern.

Alle Setting-Ansätze sollten sozialversicherungsrechtlich abgedeckt sein: Wo der Bezug der Person zu ihren Lebensumständen für den Ansatz konstitutiv ist »bleibt die Krankenversicherung so lange auch finanziell gefordert, wie dies durch geeignete Finanzierungsstrukturen in ihrem überindividuellen Bezug zum Versicherungsverhältnis organisierbar ist« (Rebscher in: Der Gelbe Dienst vom 12.03.04, S. 14). Aus Sicht des stellvertretenden DRK-Vorsitzenden verlässt man erst mit einem Wegfall des Bezugs zur Person in ihren Lebensumständen und der Orientierung der Maßnahmen auf kollektive, regionale oder bevölkerungsweite Aktionen, »insbesondere die der Aufklärung … systematisch auch die Verantwortung von mitgliederbezogenen Sozialversicherungen und befindet sich im Feld des öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit in der Kompetenz der Kommunen, der Länder und/oder des Bundes« (ebenda). Dies gilt, wenn die Schule lediglich als Zugangserleichterung für eine generelle Informations-Kampagne z. B. zum Tabakkonsum genutzt wird, und die Lebensumstände der Schülerinnen und Schüler nicht präventiv mit thematisiert werden.

Betriebliche Prävention

Betriebliche Prävention folgt dem Setting-Ansatz. Das Aufgabenspektrum der Integrationsämter ist zweifellos der sekundären und tertiären Prävention zuzuordnen, wobei die einzelnen Aktivitäten jeweils Anforderungen reduzieren helfen oder Ressourcen stärken – sowohl auf der internal-personellen (z.B. Hilfen zur subjektiven Akzeptanz eines weniger anspruchsvollen Arbeitsplatzes) als auch der extern-kontextuellen Ebene, z. B. durch die behindertengerechte Ausgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes.

Wie sieht es mit betrieblicher Primärprävention aus, und zwar mit universeller, also mit betrieblicher Förderung seelischer Gesundheit?

Die Ergebnisse der Arbeitswissenschaften und der sozialpsychiatrischen Milieuforschung konvergieren in leicht eingängigen Merkmalen generell gesundheitsförderlicher Arbeitbedingungen. Zugleich sind dies aber auch die Bedingungen, die für den uns interessierenden Personenkreis psychisch vulnerabler Personen hin und wieder für deren psychisches Überleben im Betrieb lebensnotwendig sein können (Abbildung 4).

Diese Verhältnisse zu realisieren wäre »universelle betriebliche Primärprävention« par excellence – unterstützt von den Bemühungen der Betriebe, neben Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit auch die sozialen Kompetenzen ihrer Mitarbeiter (im Feld II) zu fördern – denn darin hat die Arbeitswissenschaft den zentralen Motor betrieblicher Effektivität entdeckt.

Die ungenutzten Chancen bei universellen Programmen

Wichtige und erfolgreiche Präventionsprogramme nach dem Setting-Ansatz wurden von der Sozialpsychiatrie bisher noch nicht wahrgenommen:

Die BZgA-Kampagne in Kindergärten »Kinder stark machen«, das Programm »Gesunde Städte« und das Programm »Soziale Stadt« der Bund-Länder-Kommission sind Beispiele für universelle settings- bzw. lebensweltbezogene Primärprävention. Bis heute hat es meines Wissens seitens der Gemeindepsychiatrie keinen Kontakt zu diesen oder ähnlichen Programmen und Maßnahmen gegeben. Dies ist erstaunlich, da schon vor 30 Jahren in der Enquete Wohnraum- und Sanierungsplanung sowie die Gestaltung des Wohnumfeldes als Bereich für die Primärprävention psychischer Störungen hervorgehoben wurde. Allerdings gibt es mindestens eine Stadt, die wir zu unserer Ehrenrettung anführen können: Bremen mit dem Netzwerk »Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit« (siehe den Beitrag Kruckenberg).

- Herstellen eines möglichst störungsfreien und klar strukturierten Arbeitsmilieus durch realistische, eindeutig explizierte Erwartungen möglichst klare, eindeutige und offene Kommunikations- und Anweisungsstrukturen.
- Personelle Kontinuität bei Kollegen – gekennzeichnet durch ein möglichst hohes Maß an Vertrauen, durch Toleranz und soziale Wertschätzung.
- Über einen möglichst langen Zeitraum hinweg inhaltliche Kontinuität des Arbeitskonzeptes, d. h., der Arbeitsorganisation und der Wertmaßstäbe.
- Klare von außen vorgegebene, aber legitimierte Arbeitsziele.
- Überlappende Tätigkeitsorganisation, d. h., an einem Arbeitstag muss immer wieder etwas Vertrautes, Routiniertes dabei sein.
- Möglichkeiten, den zunehmenden Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten aktiv zu erleben und Möglichkeiten, die erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten anzuwenden.
- Anerkennung von Unterschieden in Meinungen, Gefühlen und Verhalten.
- Herstellen und Unterstützen möglichst optimistischer Zukunftserwartungen seitens der Interaktionspartner des Auszubildenden.
- Keine Über- und Unterforderung, sondern optimale Stimulation, die in Abhängigkeit von Situationen und psychischem Zustand des Betroffenen variierbar sein muss, d. h., flexible Gestaltung des Anforderungsmilieus.
- Sowohl intellektuelle als auch affektive Stimulation – ohne Überlastung (Anpassung von Leistungsanforderung und -vermögen).
- Validierung von Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen durch personen- und situationsadäquates Feedback.
- Offenlegung der Probleme am Arbeitsplatz – auch von den Problemen, die nicht zu beheben sind.
- Mitwirkung der Auszubildenden an Planungs- und Entscheidungsprozessen, die das Ausbildungsverhältnis betreffen, d. h., schrittweise Erweiterung des Handlungsspielraums und der Möglichkeiten zu sozialer und instrumenteller Mit-Kontrolle der betrieblichen Ausbildungsabläufe durch den Jugendlichen.

Abb. 4: Elemente einer »guten« Arbeitsplatzstruktur

Sehr viel spricht viel dafür, Aktivitäten zur Prävention psychischer Störungen in Zukunft in diese Initiativen einzufädeln; das würde die Chance eröffnen, Fachpersonal für seelische Gesundheit im Gemeinwesen präsent und ansprechbar zu machen. Die Menschen hätten die Chance, das Fachpersonal ganz beiläufig anzusprechen – z.B. wegen der Befürchtungen, sie selbst oder ein Angehöriger stünde davor, psychisch zu erkranken. Die bisher nicht geübte Praxis bestünde darin, sich in präventiver Absicht in das Gemeinwesen hinein aufzulösen. Dies könnte auch zur Tertiärprävention bei den besonders schwierigen Hilfeverweigerern dienlich sein. Bei diesen Menschen ist alles das (tertiär-)präventiv, was Zugang zu ihnen zulässt bzw. eröffnet; das sind die Dinge, mit denen wir sie in ihrem Lebensumfeld in Berührung bringen können und die für sie eine Erleichterung ihres für Außenstehende oft seltsamen Alltags bedeuten können, also kleine alltägliche Unterstützungen wie

Zugang zu billigen oder kostenfreien Mahlzeiten, zu Kleidung, zu nicht beängstigenden Sozialkontakten. Die gleiche Praxis wäre hilfreich bei Primär- als auch bei Tertiärprävention!

Die Psychiatrie hätte den angesprochenen Programmen auch etwas zu bieten, unterhalb der pharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsschwelle sowie außerhalb von Behandlungsverhältnissen. Mit dem Trialogischen Prinzip, ausgehend von den Psychoseseminaren, wurde eine wirksame Praxis gegen die einseitige professionelle Kolonialisierung entwickelt. Es zeigt auf, wie gesundheitliche und soziale Verhältnisse trotz bestehender Interessengegensätze unter den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten integriert betrachtet werden können. Dies könnte für andere Felder genutzt werden, für die Gestaltung von Straßenzügen ebenso wie für die von Schulgemeinschaften. Das könnten die universellen, gemeindebezogenen Präventionsmaßnahmen von uns lernen, und wir könnten uns in universellen Feldern mit bewegen!

Sekundär- und Tertiärprävention bei psychischen Erkrankungen

Psychoedukation

Psychoedukation ist die Zusammenfassung von »systematische(en) didaktisch-psychotherapeutische Interventionen …, die dazu geeignet sind,

- Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren,
- das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern
- und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen«

(Konsensuspapier, S. 3; Definition der Arbeitsgruppe Psychoedukation).

Das ist handfeste Sekundärprävention: Die Rückfallrate wird nach eindeutigen Studienergebnissen im Schnitt um mindestens 20 % gesenkt!

»Eine problemlose Anpassung der Laientheorien an die professionellen ist illusorisch. Vielmehr ist ihre mangelnde Einbeziehung wohl häufig ein Grund für das beklagte Non-Compliance-Verhalten (Faltermaier 1994). Die … Berücksichtigung des Gesundheitskonzepts des Nutzers stellt daher eine wichtige, von den Professionellen zu leistende Anforderung dar …« (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 317)

Andererseits haben Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige Anspruch auf professionelles Wissen, es sollte aber nicht zur Doktrin für die Erkrankten und ihre Familien erhoben werden! Daher schlägt auch der Sachverständigen-

rat das kompetente Bemühen um Konkordanz vor: den wechselseitigen Prozess um ein gemeinsames Verständnis, in Abhebung zur Compliance, dem Befolgen der guten Ratschläge des Behandlers. Das BMGS fördert zurzeit zehn Projekte zum »shared decision making« – der partizipativen Entscheidungsfindung, die gemeinsam von Arzt und Patient getroffene und verantwortete Entscheidung über die Behandlung der Krankheit (www.patient-als-partner.de). Der Förderschwerpunkt des BMGS dieser Projekte (Beginn 2001) heißt »Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess«. Das Universitätsklinikum Freiburg ist mit der Thematik Depression, die Kliniken München mit »shared decision making« bei Schizophrenie beteiligt.

Finzen hat dies für die Psychiatrie eingängig übersetzt in »Verhandeln statt Behandeln«. Im kompetenten Bemühung um Konkordanz werden die »hilfreichen biographischen Deutungen des Patienten nicht zerstört« (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 328).

Dies soll der bei Professionellen beobachteten Haltung entgegenwirken, wonach in der Regel alle Personen, die als besonders hilfebedürftig wahrgenommen werden zugleich auch nicht ernst genommen werden, und zudem wird mit ihnen nicht wie mit mündigen Patienten umgegangen (Sachverständigenrat 2000/2001, RZ 328). Das sich das in der Psychiatrie geändert hat, hat sekundärpräventive Wirksamkeit: es ist die Voraussetzung dafür, dass Professionelle von den eher schwierigen Patienten überhaupt ernst genommen werden. Aber das ist wohl nicht so sehr ein Effekt unserer eigenen Reflexion, sondern des Empowerments der Psychiatrie-Erfahrenen.

Wir haben manchmal in leidvollen, teils noch andauernden, Prozessen lernen müssen, den Psychiatrie-Erfahrenen mit bedingungsloser Akzeptanz zu begegnen und sie selbst sowie ihre Selbstannahmen zunächst einmal voraussetzungslos ernst zu nehmen. Dieses Ringen um Konkordanz findet auch in den psychoedukativen Gruppen statt und ist dort eingebettet in vielfältige Bemühungen, die Bewältigung und das Management der Krankheit in die Hände der Patienten bzw. Klienten zurückzugeben. Dahinter steht die für Prävention und die Förderung von Gesundheitsverhalten fundamentale Auffassung, sich als handelnden Akteur im Gesundheits- und Krankheitsprozess zu verstehen – und sich gerade nicht einem biologisch-somatischen Prozess ausgeliefert zu sehen, obwohl das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen auch biologisch-somatische Anteile hat. Zu den Mitteln gehört das Erkennen und Nutzen der Frühwarnzeichen, das Einüben von Problemlösungen und das vorausschauende Erarbeiten von Handlungsalternativen zur Bewältigung krisenhafter Zuspitzungen.

Krisenhilfe

Die Krisenhilfe selbst ist eine alte Achillesverse der psychiatrischen Prävention, da der schönste Krisenplan nichts nutzt, wenn ein Psychiatrie-Erfahrener oder Angehöriger in einer eskalierenden und auf eine Krise zusteuernden Situation nach 17.00 Uhr oder am Wochenende nur noch die Polizei, die Klinik oder die Telefonseelsorge anrufen kann.

Die Funktion der Krisenhilfe zu erfüllen bedeutet, eine präventive Gesundheitsleistung zu erbringen! Aber auf weniger als 5 % des Territoriums der BRD kann heute an sieben Tagen in der Woche, jeweils 24 Stunden lang, die Krisenfunktion in kritischen Situationen genutzt werden (Peukert 2002; Peukert 2004)!

Die Enquete hatte bereits ein Netzwerk von Kriseninterventionszentren gefordert, die auch suizidprophylaktisch tätig werden sollten; die Autoren gingen sogar noch weiter und schlugen in dem Kontext »Besuchsdienste für Vereinsamte« vor. Würden »präventive Hausbesuche« möglich – ein Traum der Angehörigen ginge in Erfüllung; und je nach Gestaltung auch eine Wunschvorstellung der Psychiatrie-Erfahrenen. Eine konkrete Vision für präventive Hausbesuche bei den schwierigen Hilfeverweigerern haben Angehörige entwickelt: den »Familiengast« (Peukert in: APK-Band 30).

Menschen, die Krisenhilfe in Anspruch nehmen, signalisieren die Erwartung nach psycho-sozialer und/oder medizinischer Hilfe, mit dem Effekt, dass eingreifendere und teurere Hilfen vermieden werden. Nun gibt es Menschen, die erst noch die Fähigkeit zur Akzeptanz der eigenen Hilfeerwartungen entwickeln müssen. Wir wissen: eine Methode, die Bereitschaft zur Annahme von Hilfen zu fördern, ist die Psychoeduaktion; eine andere die Soziotherapie, und die – obwohl im Leistungsrecht verankert – nur sehr schleppend umgesetzt wird. Krisenfunktion, Soziotherapie, ambulante Pflege – das wäre »innerpsychiatrische« Sekundärprävention für diejenige Phase innerhalb des Erkrankungsprozesses, auf die auch die Psychoedukation abzielt – und alle vier leiden gleichermaßen unter Finanzierungsvorbehalten derer, die eigentlich dafür verantwortlich wären! Daneben gibt es zwei weitere Wege, die die Bereitschaft zur Annahme von Hilfen fördern können und kein Geld kosten: Die Auseinandersetzungen in Psychoseseminaren oder die einsame und harte Arbeit an sich selbst. Das trifft auf Psychiatrie-Erfahrene, aber auch auf Angehörige zu – und damit sind wir bei der Selbsthilfe als Prävention.

Selbsthilfe als Prävention

Davon, wie sich das Empowerment der Psychiatrie-Erfahrenen auf uns Professionelle auswirkte, war schon die Rede. Es hat aber nicht nur uns Professionelle, sondern vor allem einige der Psychiatrie-Erfahrenen selbst so sehr verändert, dass sich so mancher Professioneller immer wieder zu folgender Aussage hinreißen lässt: »Wer heute so auftritt, kann nicht psychisch krank gewesen sein!«

Ich habe so etwas wiederholt miterlebt – und sehe heute darin einen grandiosen Beweis für die präventive Wirksamkeit von Selbstorganisation und Empowerment!

Für die Angehörigen gilt das Gleiche: Sie haben sich von Ungehörigen über Angehörige zu Angehörten entwickelt; ob das Angehört-Werden viel bewirkt, sei dahingestellt.

Könnte es sein, dass nicht wir Professionellen den wirksamsten Einfluss auf die für Prävention so bedeutsamen Krankheits- und Gesundheitskonzepte und -haltungen von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen haben, sondern die Peers, also diejenigen Menschen, mit denen sie sich auf der Station, im Psychosozialen Zentrum, im Psychose-Seminar oder einer der Selbsthilfegruppen treffen? Vermutlich sind es auch die anderen Psychiatrie-Erfahrenen, die den Einzelnen dabei helfen, die eigene Krankheit und deren Folgen besser zu verarbeiten. Darum sind die Organisationen und die vielfältigen Gruppen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen (für die die obigen Ausführungen gleichsam gelten) sowie die Psychoseseminare eine relevante Größe der Sekundär- und Tertiärprävention. Sie hätten eine bessere Förderung verdient als sie gegenwärtig erfolgt. Dabei befinden sich die Psychiatrie-Erfahrenen mit ihren Empowerment-Strategien mitten im Zentrum des Präventions-Diskurses! So wurde z.B. im Projekt »Gesundheitsziele.de« der Stärkung der Patientensouveränität hohe Priorität eingeräumt, einschließlich der Stärkung der Patientenrechte und des Beschwerdewesens – zwei Stützen des Empowerments mit zugleich hoher präventiver Relevanz (siehe Golfels, Lisofsky und Joachim in diesem Band zu weiteren Aspekte der »Prävention als Selbsthilfeleistung«).

Chronische Krankheit – oder chronische Hilfe?

Die erstarkende Kraft der Psychiatrie-Erfahrenen und deren wachsendes Selbstbewusstsein beginnt uns noch etwas anderes zu lehren, was möglicherweise sehr tiefgreifende Veränderungen nach sich ziehen wird. Schaut man

sich z.B. unsere Praxis in den Wohneinrichtungen und dem Betreuten Wohnen an, scheinen unsere Vorstellungen von einem eigenartigen Verständnis chronisch psychisch kranker Menschen befallen zu sein, nämlich der Vorstellung, chronische Erkrankung bedeute chronische Hilfe!

Könnte es sich auch umgekehrt verhalten? Unser Erleben der von uns selbst gemachten Versorgungsstrukturen, in die man nicht ganz leicht hinein-, aber deutlich schwieriger wieder herauskommt (vorausgesetzt, man benimmt sich nicht daneben!) führt dazu, dass wir chronisch helfen wollen – und dem muss natürlich auch unser Bild der Objekte unseres Begehrens entsprechen: nur Chronikern kann man chronische Hilfe angedeihen lassen! Da unterliegen wir einem kategorial gleichen Irrtum wie Kraepelin mit seiner Dementia Praecox: Er sah diese Verläufe – allerdings waren sie Ausfluss des Anstaltsystems.

Und wenn nun heute von den potenziell zu beglückenden Zielpersonen einige die unterstützenden, fördernden, rehabilitierenden Hilfen nicht annehmen wollen oder können – dann neigen wir dazu, diese Hilfeverweigerer als Krankheitsuneinsichtige oder Systemsprenger zu stigmatisieren! Zum Glück ist die Einsicht gewachsen, dass diese als krankheitsuneinsichtig und systemsprengend stigmatisierten Hilfeverweigerer für bestimmte Hilfen sehr wohl zugänglich sind, wenn ihnen mit sehr individuellen Anforderungen und Ressourcen angemessen begegnet wird! Das HotelPlus und der Wohnwagen am Bahndamm – beide sind tertiär-präventiv!

In dem Kapitel dieses Bandes »Mit der Krankheit leben lernen und von der Krankheit leben lernen« haben wir uns auch diesen Blick erlaubt, nämlich die Chronifizierung als vielleicht kollektiven Prozess zu betrachten – natürlich ohne zu vergessen, dass es lange, schwere und leidvolle psychische Erkrankungen gibt. Das soll uns aber nicht davon abhalten, zunächst einmal genau hinzuschauen, was wir selbst zur Chronifizierung beitragen – und welchen Part z.B. Psychoedukation, Psychose-Seminare, Selbsthilfegruppen, harte individuelle Arbeit an sich selbst und manches andere bei der Ent-Chronifizierung spielen können. Zu den »Chronifizierern« sind alle zu zählen

- die professionellen Praktiker
- diejenigen Professionellen, die die Praktiker mit Empirie und Theorie bedienen – also die Wissenschaftler
- aber auch die Psychiatrie-Erfahrenen selbst
- und die Angehörigen ebenfalls
- natürlich auch die Politik mit ihren gesetzlichen Vorgaben
- und jene Teile der Administration und Selbstverwaltung, die sogar gute Vorgaben schlecht oder gar nicht umsetzen.

Selbst wenn es einmal gelingen sollte, diese soziale Seite der Chronifizierungsprozesse aufzuklären und sich diesem Wissen gemäß zu verhalten: viele seelische Störungen würden trotzdem einen chronischen Verlauf nehmen. Vielleicht sollte die Prävention seelischer Störungen einer Losung folgen, an der sich die Prävention im Alter orientiert; dort heißt es »Erfolgreich alt sein«, wie wäre es mit *»Erfolgreich psychisch krank sein«*?

Statt einer Zusammenfassung

Zugänge und Methoden sind für die verschiedenen Präventionsstadien nicht spezifisch – aber gezielte Interventionen im psychiatrischen Umfeld sind für Primärprävention contraindiziert!

Aktivitäten bzw. Ansätze				
Gezielte präventive Maßnahmen im psychiatrischen System	Settings gezielt aufsuchen und aktivieren	Sich im Gemeinwesen für beiläufige Kontakte präsent und ansprechbar halten	Förderung der Selbsthilfe	Öffentliche Kampagnen z.B. ZDF-Gala »Psychisch krank – Na und?«
Nur sekundär- und Tertiärprävention!	Zugänge für Primär-, Sekundär und Tertiärprävention!			

Abb. 5: Aktivitäten zur Prävention bei psychischen Erkrankungen

Literatur

Antonovsky A (1993) Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: Franke A, Broda M (Hg.): Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. dgvt-Verlag, Tübingen, 3–14.

Bauch J, Bartsch N (2003) Gesundheitsförderung als Zukunftsaufgabe – Zur Ortsbestimmung von Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 1: 3–6.

Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hg.) (2003) Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart: 3–35.

Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Bleuler M (1987) Schizophrenie als besondere Entwicklung. In: Dörner K (Hg.): Neue Praxis braucht Neue Theorie. Van Hoddis Verlag, Gütersloh: 18–25.

Bock T, Weigand H (Hg.) (1991) Hand-werks-buch Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hg.) (2003) gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht, Berlin.

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich. Bonn.

BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hg.) (2003) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim am der Selz, (4. Auflage).

Cording C, Wittchen HJ, Zerssen D (1988) Evaluation des Verlaufs und Qutcomes affektiver Psychosen. Implikationen für eine patientenorientierte Bedarfsplanung. In: Zweifel P: Bedarfs- und Angebotsplanung im Gesundheitswesen. Neue Ansätze der Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 17; Robert-Bosch-Stiftung (Hg.), Bleicher, Gerlingen: 179–222.

Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Bundesdrucksache 7/4200. Bonner Universitätsdruckerei, Bonn.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) (2001) Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung, Band 1: Personale, gesundheitliche und Umweltressourcen im Alter. Leske und Buderich, Opladen.

Die Bibel Prediger 4, 9–11.

Dörner K (2004) Nutzen und Schaden des medizinischen Krankheitsbegriffs. In: Bock T, Dörner K, Naber D (Hg.): Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn: 18–26.

Dörner K, Plog U (1984) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Elzer M (2001) Zur Psychodynamik der Erstmanifestation seelischer Krankheiten in Adoleszenz und frühem Erwachsenenalter. In: Mauthe J-H (Hg.): Prävention in Psychiatrie und Psychotherapie. Axept-Verlag, Königslutter, 2–16.

Faltermaier T (1994) Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Beltz, Weinheim.

Franzkowiak P, Sabo P (Hg.) (1993) Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz.

Grüß U (1990) Das Prinzip »Selbsthilfe« bei der Krankheits- und Lebensbewältigung. In: Thom A, Wulff E (Hg.): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie-Verlag: 378–392.

Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. (1995) Onset and early course of schizophrenia. In: Häfner H, Gattaz W F (Hg.): Search fort he Causes of Schizophrenie III. Springer, Berlin: 43–66.

Häfner H, Maurer K, Löffler W et al (1998) The ABC schizophrenia-study: Preliminary overview of the results. Social Psychiatr. Epidemiol. 33: 380–386.

Kissling W (1994) Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89 (suppl 382): 16–24.

Kunze H (2002) Wandel durch Annäherung. Die Klinik auf dem Weg in die Gemeinde. In: Aktion Psychisch Kranke, Kunze H, Schmidt-Zadel R (Hg.): Mit und ohne Bett: Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn, Psychiatrie-Verlag: 16–33.

Luhmann N (1983) Anspruchsinflation im Krankensystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich P, Schuller A (Hg.): Die Anspruchsspirale. Kohlhammer, Stuttgart: 28–49.

Luhmann N (1990) Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Westdeutscher Verlag, Opladen.

Mattejat F, Losofsky B (Hg.) (1998) Nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Peukert R (2004) Koordinierte Hilfen – Personenzentrierter Ansatz und Familienselbsthilfe. In: Aktion Psychisch Kranke, Kunze H, Schmidt-Zadel R (Hg.): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Psychiatrie-Verlag, Bonn: 63–77.

Peukert R (Hg.) (2002) Materialien, Referate und Diskussionen zum 2. Hessischen Psychiatrietag. Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker Hessen, Offenbach.

Peukert R (Hg.) (2003) Personenzentrierter Ansatz und Familienselbsthilfe. In: Psychosoziale Umschau, 4: 12–15.

Rebscher H (2004) Erwartungen an ein Präventionsgesetz. In: Der Gelbe Dienst, 5: 11–15.

Roick Ch, Ahrens B, Becker Th (2001) Die prophylaktische Langzeitbehandlung affektiver Störungen mit Lithium, Valproat und Carbamacepin. Ein Überblick zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität. Psychiatrische Praxis, 28 (Sonderheft 1): 32–40.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Sondergutachten 2000/2001. Baden-Baden

Schone R, Wagenblass S (2002) Wenn Eltern psychisch krank sind … Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Votum, Münster.

Schwartz F.W, Bitzer E.M, Dörning H et al.(1999) Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland. Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Papst, Lengerich.

Walter U, Schwartz F.W (2003) Gesundheitsindikatoren. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim am der Selz (4. Auflage): 111–113.

Walter , U (2002) Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des BMGS. Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Hannover.

World Health Organization (1986) Ottawa Charta for health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, www.who.int/hpr/docs/Ottawa.html.

World Health Organization (1978) Declaration of Alma-Ata. International conference on Primary Health Care. Alma-Ata, www.who.int/hpr/docs/almaata.html.

World Psychiatric Association (WPA) (2003) Consensus statement on psychiatric prevention. In: The Sectors Newsletter, 6: 6–8.

Prävention in der Psychiatrie – was wirkt?[1]

Richard Warner

Phasen der Prävention

Strategien zur Prävention von Krankheiten lassen sich in primäre, sekundäre und tertiäre Phasen einteilen. Laut CAPLAN (1964) hat *Primärprävention* als Ziel, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden und die Gesundheit zu fördern; verläuft dies erfolgreich, wird die Häufigkeit einer Krankheit (das Auftreten neuer Fälle) in der Bevölkerung reduziert. *Sekundärprävention* besteht aus der frühzeitigen Identifikation einer Krankheit und der Intervention zur Verminderung der Krankheitsdauer; auf diese Weise vermindert sie die Prävalenz (die Anzahl der augenblicklich vorhandenen Fälle). *Tertiärprävention* ist der Fachausdruck, der die Vorbeugung von Komplikationen und Behinderungen bei einer Krankheit beschreibt.

Einen anderen Klassifizierungsansatz für Prävention liefert das *Institute of Medicine*. Diese Einteilung bezieht sich auf *universelle* Prävention, die auf die allgemeine Bevölkerung abzielende Ansätze einschließt; *selektive* Interventionen für Personen oder Gruppen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind; *indizierte* Interventionen, die auf Personen gerichtet sind, welche bereits frühe Symptome oder biologische Merkmale aufweisen; *Behandlung*; sowie (*Gesundheits-)Erhaltung*. Im Rahmen des Systems des *Institute of Medicine* entspricht die »indizierte Intervention« der Sekundärprävention und die Tertiärprävention meint »Behandlung« und »Gesundheitserhaltung«.

Konsensrichtlinien der World Psychiatric Association

Der Fachbereich für präventive Psychiatrie der *World Psychiatric Association* veröffentlichte kürzlich ein Konsenspapier über Prävention in der Psychiatrie (LECIC-TOSEVSKI et al. 2003), das eine nützliche Zusammenfassung über die an diesen Bereich gerichteten Erwartungen liefert. Vielleicht ist das Dokument ein wenig zu optimistisch, da einige der vorgeschlagenen Maßnahmen, wie wir später sehen werden, sich wahrscheinlich als nicht erfolgreich herausstellen werden. Unter der Überschrift *»Primärprävention«* bezieht sich das Papier auf Strategien, die in Verbindung stehen zu pränataler Betreuung, einem *»gesunden Start ins Leben«*, verbesserter Kindererziehung und Programmen, bei denen mehrere Institutionen zusammenarbeiten. Im Hinblick auf *Sekundär-*

1 Übersetzung Patrick Stärke und Heinrich Kunze

prävention verweist der Bericht auf Vorbeugung vor Beginn von psychischen Krankheiten: die Prävention von Depression, posttraumatischen Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch sowie auf Bemühungen, die Gemeinde über psychische Krankheiten aufzuklären. Das Dokument betont weiterhin den Wert tertiärer Prävention und nennt besonders die frühe Intervention bei psychischen Krankheiten, die gemeindeintegrierte Behandlung und Rehabilitation als auch Bemühungen, Stigmatisierungen zu verringern.

In diesem Vortrag werde ich mich vornehmlich auf die Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Schizophrenie konzentrieren, mich aber auch auf weiterreichende Präventionsbemühungen in der Psychiatrie beziehen, so wie sie in dem Konsensbericht der WPA erwähnt werden.

Was bringt etwas?

Wir müssen akzeptieren, dass Präventionsprogramme manchmal erfolgreich sind und manchmal nicht. Ein Beispiel für ein äußerst erfolgreiches Vorbeugungsprogramm ist die Auslöschung (oder beinahe Auslöschung) der Pocken durch Maßnahmen eines umfassenden weltweiten Impf-Programms. Beispiele für fehlgeschlagene Präventionsprogramme sind Versuche, Herzkrankheiten vorzubeugen durch die Ermutigung der Bevölkerung, eine fettarme Ernährung einzuhalten, sowie Bemühungen, cerebrale Schädigungen zu vermeiden durch Überwachung des fötalen Blutes bei der Entbindung. Trotz jahrelanger fachlicher Unterstützung, Berichterstattung durch die Presse und Förderung des Konzepts, dass eine fettarme Ernährung den Blutcholesterinspiegel hinreichend senkt und das Risiko einer Erkrankung der koronaren Arterien reduziert, ist es jetzt bewiesen, dass dies tatsächlich nicht möglich ist (LE FANU 2000). Die Überwachung des Sauerstoffs im fötalen Blut während der Entbindung wurde während der 1970er-Jahre vehement befürwortet und umfangreich betrieben im Glauben, dass dieser Messwert ein guter Indikator für eine fötale Notlage und das Risiko von Hirnschäden bei Neugeborenen sei. Tatsächlich war das Ergebnis dieser Intervention ein hohes Maß an Beschwerden für die Mütter und viele unnötige Kaiserschnitte (LE FANU 2000). Es gibt verschiedene Ursachen dafür, dass ein Präventionsprogramm nicht funktionieren könnte:

- Die Überprüfung und Auswahl der Fälle könnte nicht hinreichend sein. Dies ist besonders der Fall bei seltenen Störungen wie Schizophrenie und Suizid.
- Die Interventionsmaßnahme könnte unwirksam sein wie im Fall der fettarmen Ernährung zur Reduktion von Herzkrankheiten.

- Die Vorbeugung könnte schädlich sein für falsche Positiv-Fälle – beispielsweise die Überwachung fötalen Blutes während der Entbindung.
- Die Zielgruppe könnte nicht erreichbar sein, wie es anzunehmen ist bei Erwachsenen, die Gefahr laufen, an Depression zu erkranken.

Weiterhin wird während der Auswertung der Forschungsergebnisse ersichtlich werden, dass effektive Prävention in der Psychiatrie wahrscheinlich keine psychiatrische Intervention erfordert, sondern vielmehr medizinische und soziale Maßnahmen. Lassen Sie uns ein paar Beispiele betrachten.

Primärprävention

Prävention von Säuglingsmisshandlung und -vernachlässigung

Das Pränatal-/frühe Kindheits-Projekt (Olds 1986) ist ein gutes Beispiel einer *nicht-psychiatrischen Intervention*, welche zu einer Verringerung der Frühgeburten und der Misshandlung und Vernachlässigung von Säuglingen führte. Falls nicht verhindert, können diese Ereignisse erwartungsgemäß viele negative Effekte auf die spätere psychologische und soziale Funktionsfähigkeit einer Person haben. Die Studie wurde in der armen Appalachen-Region des Bundesstaates New York durchgeführt. Vierhundert schwangere junge Frauen wurden entweder einer Kontrollgruppe zugeteilt oder wurden zu Hause von einer Krankenschwester aufgesucht. Alle Frauen waren in den ersten sechs Monaten ihrer Schwangerschaft, zur Hälfte Jugendliche, zu Zweidritteln unverheiratet, Zweidrittel waren in der niedrigsten sozioökonomischen Schicht, und Gewalt und Substanzabusus waren an der Tagesordnung innerhalb der gesamten Stichprobe. Die Hausbesuche der Krankenschwestern führten zu einer Reduktion von vorzeitigen Entbindungen um 75 % und eine Abnahme der Kindesmisshandlungen in Familien, wo dies ein hohes Risiko darstellte, von 19 % in der Kontrollgruppe auf 4 % in der Interventionsgruppe. Die Rate der High School-Abschlüsse war wesentlich höher bei Eltern aus der Interventionsgruppe – 59 % zu 27 % in der Kontrollgruppe. Bei Eltern in der Interventionsgruppe war die Wahrscheinlichkeit, in der Folgezeit eine Anstellung zu finden, zweieinhalbfach höher als bei Eltern aus der Kontrollgruppe.

Schon vor der Studie von Olds 1986 gab es einige Belege, dass Interventionsmaßnahmen vor der Geburt und in den frühen Entwicklungsjahren die elterliche Bindung erhöhen und frühkindliche Misshandlung und Vernachlässigung verringern können. Als eine Konsequenz daraus entwickelten wir am Mental Health Center von Boulder County in Boulder, Colorado,

in dem ich arbeite, ein Programm in Zusammenarbeit verschiedener Institutionen, um diesen Nutzen zu erreichen: das Gemeindeprojekt für Säuglinge (Community Infant Project). Das Programm entstand als Reaktion auf die Bestürzung in der Gemeinde über einen gut publizierten Fall von Säuglingsmissbrauch mit Todesfolge. Das Programm ist ein Resultat aus einer Partnerschaft zwischen dem Zentrum für psychische Gesundheit der Gemeinde, dem Gesundheitsamt und dem Amt für Sozialdienste. 1985 eingerichtet hat es zum Ziel, Säuglingsmisshandlung und -vernachlässigung in Familien mit hohem Risiko zu vermeiden. Die Auswahl der Familien basiert auf vielfältigen Risikofaktoren: Die Mütter sind oftmals ledige Jugendliche und waren zum Teil vormals betroffen von Kindesmissbrauch als Täter oder Opfer. Das Programm beginnt mit der Bereitstellung von Diensten während der Schwangerschaft und wird fortgeführt über die ersten drei Jahre des Kindes. Das Interventionsteam, das Hausbesuche macht, besteht aus Krankenschwestern des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Fachpersonal für psychische Gesundheit (einschließlich eines Psychiaters) sowie auch ehrenamtlichen Helfern. Das Team erbringt Case-Management und Beratung, Lehrgänge über Säuglingsgesundheit und -entwicklung sowie Schulungen in Säuglingspflege. Eines der wichtigsten Elemente des Programms ist der Einsatz von ehrenamtlichen Helfern (zumeist Personen, die selbst einmal allein stehende jugendliche Mütter waren), die den Problemfamilien Erziehungskompetenz vermitteln. Ein wichtiger Teil der Beratung ist den Müttern aufzuzeigen, welche Erwartungen an den Säugling realistisch sind in den verschiedenen Phasen seiner Entwicklung.

1993 haben wir eine kontrollierte Untersuchung des Gemeindeprojekts für Säuglinge durchgeführt (Huxley & Warner 1993). Zwanzig zum Projekt gehörende Fälle und 20 vergleichbare Kontrollfälle, welche dem Programm zugewiesen, aber nicht behandelt wurden (da das Programm zu dem Zeitpunkt ausgelastet war), wurden miteinander verglichen nach verschiedenen Kriterien am Beginn und bei der Nachuntersuchung. Die Kontrollfälle entsprachen den Fällen der Experimentalgruppe in allen wichtigen Kriterien zu Beginn. Zur Nachuntersuchung 13–16 Monate nach der Zuweisung zeigten sich Verbesserungen für die Familien der Experimentalgruppe. Elterliche Einstellungen in der Experimentalgruppe waren weniger strafend und mehr empathisch und es gab mehr mütterliche Anteilnahme. Die Kinder in der Experimentalgruppe erhielten weniger Notfallversorgung; die Kinder in der Kontrollgruppe wurden häufiger behandelt wegen Verletzungen und Dehydration. Kindesmisshandlung wurde bei nur 5 % der Säuglinge der Experimentalgruppe gemeldet im Vergleich zu 20 % der Säuglinge

in der Kontrollgruppe. Der vom Programm erreichte Rückgang der Kindesmisshandlungen entsprach dem in der Studie von Olds. Die Verringerung der Zahl an Besuchen in der Notfallambulanz wegen akuten medizinischen Problemen wie Dehydration war wahrscheinlich das Ergebnis der Tatsache, dass ins Programm aufgenommene Mütter eine bessere Beziehung zur normalen medizinischen Versorgung hatten als Mütter, die nicht am Programm teilnahmen.

Verhaltensstörungen

Das Problem der Verhaltensstörungen bei Kindern eröffnet weitere Beispiele für nicht-psychiatrische Interventionen mit präventiver Wirkung. Das Minnesota Familien Investitions-Programm, von Gennetians und Mitarbeiter (2002) untersucht, war ein Teil der Sozialhilfereform, die 1996 begonnen wurde. Dieses Pilotprogramm, das Präsident Clintons Sozialhilfereformen voranging, schuf finanzielle Anreize für Sozialhilfeempfänger, eine Arbeit aufzunehmen. Wissenschaftler fanden heraus, dass das Programm zu einer Zunahme der elterlichen Beschäftigung führte, zu abnehmender Armut der Familien, weniger problematischen Verhaltensweisen bei den Kindern der Mütter, die Sozialhilfe erhielten, und besseren Schulleistungen als Ergebnis der Verringerung der Verhaltensprobleme der Kinder.

Eine jüngere Studie über die Kinder von Cherokee Indianern in North Carolina (Costello et al. 2003) kam zu gleichen Ergebnissen. In dieser Studie verringerten sich Verhaltensprobleme der Kinder signifikant, als das Indianerreservat den Aufbau von Spielcasinos finanzierte, die neue Arbeitsplätze für die örtliche Bevölkerung schufen. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass das durchschnittliche Familieneinkommen zunahm. In denjenigen Familien, die sich aus der Armut herausbewegten, gingen die Symptome von kindlichen Verhaltensstörungen zurück, allerdings nicht Symptome von Angstgefühlen und Depression. Das Gros an Verbesserungseffekten bei Verhaltensproblemen von Kindern könnten den geringeren Zeitansprüchen an den Schlüsselelternteil zugeschrieben werden als auch der verbesserten Aufsicht der Eltern.

Diese Studien zeigen, dass die Symptome von Verhaltensstörungen bei ihren Kindern abnehmen, wenn Familien ein genügend hohes Einkommen haben, um die Armut hinter sich zu lassen. Dies legt nahe, dass der Zusammenhang zwischen Armut und schlechter psychischer Gesundheit von Kindern soziale Ursachen hat und nicht durch soziale Selektion bedingt ist. Dennoch wissen wir aus anderen Quellen, dass antisoziales Verhalten von

Kindern zunimmt bei steigendem Wohlstand der Gesellschaft. So kann es angehen, dass Armsein in einer Wohlstandsgesellschaft die Gefahr von kindlichen Verhaltensproblemen erhöht und dass es das Erleben von ausgeprägten Einkommensunterschieden ist, was diese Probleme stimuliert.

Eine weitere nicht-psychiatrische Intervention – Vorschulerziehung – hat sich als vorteilhaft bis zur Adoleszenz herausgestellt. Die Perry-Vorschul-Studie (Perrys Preschool Study) (Berrueta-Clement 1984) wurde vornehmlich in der Arbeiter-Stadt Ypsilanti (Michigan) durchgeführt. Das Programm realisierte Vorschulerziehung für dreijährige Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status und geringem IQ (60–90). Die kontrollierte Studie ergab, dass Kinder, die an der Vorschule teilgenommenen hatten, bei der späteren Nachuntersuchung niedrigere Kriminalitätsraten aufwiesen. Im Alter von 19 Jahren wurden sie weniger häufig inhaftiert (31 % zu 51 %) und die Rate an jugendlichen Schwangerschaften halbierte sich (64 % zu 117 %). Die High School-Abbruchquote lag um 18 % niedriger bei den Vorschulteilnehmern und ihre Beschäftigungsrate nach Schulabschluss war höher (50 % zu 32 %). Sechs weitere US-Vorschulprogramme in den 1960er- und 1970er-Jahren kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Es scheint wahr zu sein, dass die *Förderung eines gesunden Starts ins Leben* durch pränatale, frühe Kindheits- und Vorschul-Interventionen vorteilhafte Auswirkungen hat bis zur Adoleszenz und vielleicht auch länger.

Depression in der Adoleszenz

Zu den Risikofaktoren für Depression gehören Armut, Ausgeliefertsein an Gewalt, soziale Isolation, Verlusterfahrung, Fehlen von angemessenem sozialen Rückhalt sowie ein Elternteil depressiv. Der letzte dieser Risikofaktoren ist von überragender Bedeutung; eine Studie belegt, dass 30 % der adoleszenten Kinder mit einem depressiven Elternteil (Mitglied in einer der amerikanischen Krankenkassen) an einer (schweren) depressiven Episode erkrankt waren, im Vergleich zu 2 % bei Kindern von nicht-depressiven Eltern (Beardslee & Podorefsky 1988).

Mehrere jüngere Interventionsprogramme belegen die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie (cognitive-behavioral therapy, CBT) zur Vermeidung von Depressionen bei Adoleszenten. Clarke hat zwei erfolgreich randomisierte kontrollierte Präventionsstudien unter Einbezug der kognitiven Verhaltenstherapie bei adoleszenten Jugendlichen mit Depressionsrisiko durchgeführt. In der zweiten dieser Studien (Clarke et al. 2001) wurden die adoleszenten Nachkommen (im Alter von 13 bis 18 Jahren) von Eltern,

die sich in Behandlung gegen Depression befanden, einer Kontrollgruppe, welche gewöhnliche Betreuung erfuhr, oder einer Interventionsgruppe zugewiesen, welche gewöhnliche Betreuung erhielt und zusätzlich 15 Sitzungen CBT in einem Gruppen-Setting. Bei der Nachuntersuchung durchschnittlich 15 Monate später hatten nur 9 % der Personen, die an dem Gruppen-CBT teilnahmen, an einer (schweren) depressiven Episode gelitten, im Vergleich zu 29 % in der Kontrollgruppe. Vergleichbare Interventionen haben ihre Gültigkeit zur Vorbeugung von Depression bei risikobehafteten und demoralisierten High-School Schülern (Jaycox et al. 1994; Clarke et al. 1995) und bei adoleszenten Nachkommen von depressiven Eltern (Beardslee et al. 1997) gezeigt.

Substanzabusus bei ADHD

In der breiten Öffentlichkeit wird diskutiert, ob die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (attention deficit/hyperactivity disorder, ADHD) vorteilhaft sei. Weiterhin wird in Expertenkreisen diskutiert, inwiefern die Behandlung von ADHD mit stimulierenden Medikamenten das Risiko eines komorbiden Substanzmissbrauchs fördert oder mindert, oder ob dies eine neutrale Wirkung hat. Tatsächlich stellt sich nun heraus, dass effektive Behandlung von ADHD (Häufigkeit 5–6 % bei Kindern und circa 2 % bei Erwachsenen) einen signifikanten Einfluss auf die Prävention von Substanzabusus in dieser Gruppe hat. Eine frühe Literaturübersicht von Hechtman (1985) zeigte auf, dass die Behandlung von ADHD mit Stimulantien den Substanzabusus nicht verschlimmert. Biederman und Mitarbeiter (1995) fanden ein signifikant höheres Lebenszeit-Risiko für Störungen durch Substanzkonsum bei Erwachsenen mit ADHD im Vergleich zu Erwachsenen ohne ADHD (52 % zu 27 %). Die selbe Forschungsgruppe (Biederman et al. 1999) verglich medikamentös behandelte Adoleszenten mit ADHD mit unbehandelten und fand, dass unbehandelte ADHD ein signifikanter Risikofaktor ist für Störungen durch Substanzmissbrauch bei einem Nachuntersuchungszeitraum von vier Jahren und dass eine Pharmakotherapie diese Gefahr um 85 % verringert (adjustierter OR 6.3 zu 0.15; OR = odd ratio = Quoten-Verhältnis, H.K.). Whalen und Mitarbeiter (2003) haben gezeigt, dass Adoleszente, die wegen ADHD behandelt wurden, weniger rauchten als ihre unbehandelte Vergleichsgruppe über einen Zeitraum von zwei Jahren während der High School.

Depression bei Erwachsenen

Depression bei Erwachsenen stellt ein weiteres Beispiel einer psychiatrischen Störung dar, die durch nicht-psychiatrische Intervention verhindert werden kann. Price und Mitarbeiter (1992) zeigten, dass Gruppentraining von Fähigkeiten zur Arbeitssuche das Depressionsrisiko als auch die Schwere von Depressionen bei arbeitslosen Erwachsenen reduziert. Die Schulung wurde in acht Sitzungen zu je drei Stunden durchgeführt und die Personen in dem randomisierten Feldexperiment wurden 2,5 Jahre später nachuntersucht. Die Intervention erwies sich für diejenigen am effektivsten, die am meisten Gefahr liefen, eine Depression zu entwickeln.

Im Allgemeinen jedoch ist der Beweis für die Wirksamkeit der Prävention von Depression bei Erwachsenen nicht stark. Munoz und Mitarbeiter (1995) waren in der Lage, die Ausprägung der Depression bei Patienten (allgemeinmedizinische Versorgung) mit niedrigem Einkommen durch eine kognitive Verhaltenstherapie zu verringern (ein Kurs zur Erhöhung der Kontrolle über die eigene Stimmung), allerdings war bei diesen Individuen das Auftreten von schweren depressiven Episoden über ein Jahr hinweg nicht geringer als in der Kontrollgruppe. Gleichermaßen fanden Seligman und Mitarbeiter (1999) keinen allgemeinen Präventionseffekt bei schwerer Depression, jedoch einen signifikanten Effekt bei moderater Depression. Es handelt sich um einen randomisierten kontrollierten Versuch mit CBT (Gruppentreffen und individuelle Sitzungen auf der Basis von Techniken zur kognitiven Restrukturierung und Problemlösung) bei College Studenten mit Nachuntersuchung nach drei Jahren.

Folglich legen die verfügbaren Studien nahe, dass die Vorbeugung von Depression bei Erwachsenen nur geringfügig wirksam ist. Es gibt ein zusätzliches Problem – der Zugang zu Präventionsmaßnahmen. Erwachsene mit Depressionsrisiko sind nicht so gut erreichbar für präventive Interventionen wie Adoleszenten, deren Risiko depressiv zu erkranken in der High-School und als Nachkommen depressiver Eltern in der allgemeinärztlichen Versorgung identifiziert werden kann.

Posttraumatische Belastungsstörung

Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen ist ein weiterer Zustand, bei dem sich präventive Konzepte bislang als nicht wirksam erwiesen haben. Everly und Mitarbeiter (2000) überprüften Studien über den Einsatz von Stress Management bei kritischen Vorfällen (critical incident stress

management – CISM) – eine Kombination von Kriseninterventionsdiensten, die Schulungen zur Vorbereitung auf Krisen, Krisenberatung, Debriefing in Gruppen und posttraumatische Beziehungsaufnahme mit Primär- und Sekundäropfern von traumatischen Ereignissen umfassen und die genutzt werden, um die Nachwirkungen von gewaltsamen Übergriffen anzusprechen. Der Ansatz entwickelt sich als ein Versorgungsstandard auf der ganzen Welt. Obwohl Everly und Mitarbeiter herausfanden, dass die Anzahl von Studien mit positivem und negativem Resultat gleich war, kamen sie zu dem Schluss, dass die Beweislage die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen nach kritischen Vorfällen stärkt, im Besonderen auch das *c*ritical *i*ncident *s*tress *d*ebriefing (CISD), da ihrer Meinung nach die negativen Studien alle methodologische Mängel aufwiesen. Jedoch führt eine strengere Evaluation der Literatur zu anderen Schlussfolgerungen.

Neue systematische Übersichten von Forschungsergebnissen, die aufgrund des Untersuchungs-Designs methodologisch schwache Studien ausschließen, fanden heraus, dass Debriefing nach einem Traumaerlebnis ineffektiv ist und in manchen Fällen sogar schädlich. Van Emmerik und Mitarbeiter (2002) führten eine Meta-Analyse von sieben Studien über Debriefing-Einzelsitzungen durch, einschließlich fünf CISD-Interventionen und kamen zu dem Ergebnis, dass weder CISD- noch Nicht-CISD-Interventionen die natürliche Genesung nach einem Traumaerlebnis verbessern. Rose und Mitarbeiter (2003) legten eine systematische (Cochrane) Literaturübersicht über Debriefing-Einzelsitzungen vor, die elf randomisierte kontrollierte Untersuchungen einbezogen. Sie fanden, dass drei Studien positive Ergebnisse vorlegten, sechs keinen Unterschied zeigten und zwei negative Ergebnisse für die Interventionsgruppe nachwiesen (dies waren Studien mit dem längsten Zeitraum bis zur Nachuntersuchung). Die Autoren kamen zu dem Schluss, »dass der frühe Optimismus über kurze psychologische Frühinterventionen einschließlich Debriefing unangebracht war und dass diese *nicht zum Routine-Einsatz empfohlen* werden sollten« (S. 176).

Debriefing kann Schaden verursachen durch das Wieder-Aufleben-Lassen von Erinnerungen an traumatische Erlebnisse und durch erneute psychologische Verletzung des Opfers. In einigen Fällen allerdings könnte Debriefing sinnvoll und erforderlich sein – beispielsweise nach einer Schießerei die Überprüfung des Verhaltens von Polizisten oder die Untersuchung der Bedingungen, die zu einem Übergriff eines Patienten in einem Krankenhaus geführt haben –, um zu sehen, ob die Situationen angemessener hätten bewältigt werden können.

Schizophrenie

Das ansprechende Konzept der Prävention von Schizophrenie hat in jüngster Vergangenheit großes Interesse bei Fachleuten und der breiten Öffentlichkeit gefunden. Es gab Artikel auf der Titelseite der New York Times und eine Menge Diskussionen in Fachzeitschriften. Gesundheitsbezirke in Italien und Kanada und die Regierungen von Großbritannien und Australien haben dies zur Priorität gemacht. Unsere Aufgabe heute ist zu evaluieren, ob dieser Enthusiasmus von der Forschung und den epidemiologischen Daten gestützt wird. Wir werden mit den Möglichkeiten der Primärprävention von Schizophrenie beginnen.

Geburtshilfliche Komplikationen

Geddes und Lawrie (1995) schlussfolgern auf der Basis ihrer Meta-Analyse von Studien vor 1995 über den Einfluss von perinatalen Komplikationen, dass Komplikationen vor und während der Geburt die Gefahr, Schizophrenie zu entwickeln, verdoppeln. Seitdem diese Meta-Analyse veröffentlicht wurde, haben neuere Studien gleiche Ergebnisse erbracht (Hultman et al. 1999; Dalman et al. 1999; Jones et al. 1998). Komplikationen bei der Entbindung sind ein statistisch wichtiger Risikofaktor, weil sie so häufig sind. In der allgemeinen Bevölkerung treten sie bei bis zu 40 % der Geburten auf (McNeil 1988; Geddes & Lawrie 1995). Geddes und Lawrie (1995) schätzen, dass Komplikationen bei Geburt und Entbindung die Prävalenz von Schizophrenie um 20 % erhöhen.

Es gibt Beweise, dass verbesserte geburtshilfliche Versorgung für die Allgemeinbevölkerung zu einer geringeren Verbreitung von Schizophrenie führen kann. Die große Mehrheit der jüngsten epidemiologischen Studien, die die Veränderungen der Verbreitung von Schizophrenie in Ländern auf der ganzen Welt betrachten, zeigen einen substanziellen Rückgang des Auftretens der Krankheit seit dem Zweiten Weltkrieg. Einige Untersuchungen aus Großbritannien, Skandinavien und Neuseeland lassen einen Rückgang von Schizophrenie-Diagnosen in Größenordnungen von 40–60 % erkennen über eine Zeitspanne von zehn bis 15 Jahren während des Zeitraums von den späten 1960er- bis zu den späten 1980er-Jahren (Warner & de Girolamo 1995). Es ist jedoch ungewiss, in welchem Ausmaß die offensichtliche Abnahme ein durch Veränderungen in den Diagnose- und Behandlungsmustern hervorgerufenes Artefakt ist. Falls der Rückgang des Auftretens von Schizophrenie in der entwickelten Welt zutrifft, könnte die Erklärung dafür die Verbesserung von geburtshilflicher Versorgung in der Nachkriegszeit sein.

Die Abnahme des Auftretens von Schizophrenie in England und Wales ist parallel zum Rückgang der Sterblichkeitsrate von Kleinkindern mit einer Verzögerung von 20 Jahren – wie es von einer Krankheit erwartet würde, die oftmals um das zwanzigste Lebensjahr ausbricht (Gupa et al. 1991).

Es scheint aus diesem Grund wahrscheinlich, dass die Minimierung von Komplikationen bei der Entbindung zur weiteren Verringerungen des Auftretens von Schizophrenie führen wird, besonders wenn wir uns auf solche Personen konzentrieren, die dem größten Risiko ausgesetzt sind, Kinder zu gebären, die die Krankheit entwickeln. Ironischerweise sind Geburtskomplikationen speziell häufig bei Säuglingen, die bereits ein hohes Risiko haben, Schizophrenie zu entwickeln – die Kinder von Personen, die selbst an der Krankheit leiden. Für Menschen mit Schizophrenie nähert sich die Gefahr, dass eines ihrer Kinder Schizophrenie entwickelt, an 10 % an, und dort, wo beide Eltern an der Krankheit leiden, liegt das Risiko nahe bei 50 % (Gottesman 1991). Aber diese Gefahr wird verschlimmert durch die Tatsache, dass bei Frauen mit Schizophrenie mit höherer Wahrscheinlichkeit als bei anderen Frauen Komplikationen während der Schwangerschaft auftreten. Für Frauen mit Schizophrenie in den USA ist das Risiko einer Frühgeburt und ein Kind mit niedrigem Geburtsgewicht auf die Welt zu bringen um 50 % Prozent erhöht (Bennedsen et al. 1999; Sacker et al. 1996). Dies ist zum größten Teil Ergebnis der Sachlage, dass Frauen mit Schizophrenie weniger hinreichende pränatale Vorsorge erhalten als andere in der Allgemeinbevölkerung (Kelly et al. 1999). In Oregon zum Beispiel ist die Quote von ungenügender pränataler Vorsorge fünfmal höher bei Frauen mit psychischen Erkrankungen als bei Frauen aus der allgemeinen Bevölkerung (Miller et al. 1992).

Auf der Grundlage dieser Information scheint der Versuch durchführbar, die Inzidenz von Schizophrenie abzusenken durch Schulungsmaßnahmen schizophrener Personen, ihrer Blutsverwandten und ihrer Therapeuten über das zusätzliche Risiko von Schizophrenie durch Komplikationen in der Schwangerschaft und während der Entbindung, die zu perinatalen Gehirnverletzungen beitragen. Psychiater sollten vermeiden, Frauen mit Schizophrenie im gebärfähigen Alter antipsychotische Medikamente zu verschreiben, die das Diabetesrisiko erhöhen. Wo ein oder beide Elternteile eine Vorgeschichte mit Schizophrenie aufweisen, sollten sich Geburtshelfer bewusst sein, dass fötaler Sauerstoffmangel, verlängerte Arbeit, plazentale Komplikationen sowie Schwangerschaftsbedingungen, die zu Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht führen, ein zusätzliches Risiko von Schizophrenie für das Neugeborene im späteren Leben darstellen kann. In solchen Fällen wäre

es angebracht, eine niedrige Risikoschwelle für die Indikation zum Kaiserschnitt einzuführen und energische Vorsorgemaßnahmen durchzuführen, um Frühgeburten und ein geringes Geburtsgewicht zu verhindern.

Eine der wirksamsten Interventionen wäre es sicherzustellen, dass alle schizophrenen Frauen ausreichende pränatale Vorsorge erhalten. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Maßnahme der adäquaten pränatalen Vorsorge zu besseren Entbindungsergebnissen und weniger Säuglingen mit geringem Gewicht bei der Geburt führen. Die Kinder von Kokain konsumierenden Frauen in New York, die vier oder mehr pränatale Arzttermine wahrnahmen, waren beispielsweise im Durchschnitt 0,25 kg schwerer als diejenigen von Müttern, die zu drei oder weniger Terminen gingen (Racine et al. 1993). Gleichfalls war das Geburtsgewicht von Säuglingen von Kokainkonsumentinnen, welche in einem umfassenden Programm zur pränatalen Vorsorge in Chicago eingeschrieben waren, mehr als 0,75 kg größer als das bei Frauen, die zwei oder weniger pränatale Arztbesuche gemacht hatten (MacGregor et al. 1989). Die gleichen Vorteile von pränataler Vorsorge kommen Säuglingen von Müttern zu, die keine Kokainkonsumenten sind (Zuckerman et al. 1989). Um die notwendige Schulung zu erreichen, betonen wir die pränatale Vorsorge gegenüber Case-Managern, die Frauen mit Schizophrenie betreuen und bilden Ärzte in der Facharztweiterbildung für Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Frauenheilkunde auch dafür aus, genetische und pränatale Beratung für an Schizophrenie Erkrankte und ihre Familien durchzuführen.

Wenn Geddes und Lawrie richtig liegen mit ihrer Annahme, dass Komplikationen bei der Entbindung um 20 % zum Risiko, eine Schizophrenie zu entwickeln, beitragen, wäre der Einfluss eines solchen Schulungsprogramms auf die Insidenz eine Verringerung um weniger als ein Fünftel. Falls eine Intervention diesen Typs Einfluss hätte auf sagen wir ein Viertel der gefährdeten Mütter und wenn in jedem dieser Fälle die Komplikationen bei der Entbindung um ein Viertel reduziert würden, dann wäre die erwartete Reduzierung der Verbreitung von Schizophrenie weniger als 1/5 x 1/4 x 1/4 x 1/3 oder weniger als 0,5 %, da nur ein Drittel der Personen mit Schizophrenie eine Familiengeschichte mit dieser Störung aufweisen.

Eine Verminderung von 0,5 % in der durchschnittlichen Inzidenzrate von Schizophrenie (in der entwickelten Welt) von 0,24 von 1000 Personen der erwachsenen Bevölkerung (Warner & de Girolamo 1995) würde in Europa zu einer Vermeidung von 250 neuen Fällen im Jahr führen. Vorausgesetzt, dass sich die gesamten direkten und indirekten Kosten für eine schizophrene Person in den USA auf $ 35000 im Jahr belaufen (Hu et al. 1996),

was über eine Zeitspanne von 30 Jahren auf eine Millionen Dollar ansteigt, könnte die Investition in ein solches Unterrichtsprogramm die Mühe wert sein. Die Gefahr, Schaden zu verursachen durch die Schulung von Personen über Komplikationen während der Geburt und durch besseren Zugang zu pränataler Vorsorge erscheint sehr gering zu sein. Die Gesundheit und das Überleben von Mutter und Kind sollten auf jeden Fall verbessert werden, ungeachtet der Tatsache, ob der Säugling einem erhöhten Schizophrenierisiko ausgesetzt ist oder nicht.

Blei und Vitamin D

Aufzuwachsen in einer städtischen Umgebung wird in Verbindung gebracht mit einer erhöhten Psychosegefahr bei Adoleszenten und jungen Erwachsenen (OR =1,3) (Spauwen et al. 2004). Die Ursachen für ein erhöhtes Risiko von Schizophrenie bei Personen, die in einer Stadt geboren und aufgewachsen sind, sind noch nicht bekannt. Zwei jüngere Erklärungsansätze für diese Beobachtung, die bislang allerdings nur eine gering unterstützende Beweislage aufweisen, zeigen jedoch Möglichkeiten für die Primärprävention auf – Exposition von Blei und Vitamin-D-Mangel während der intrauterinen Phase und der Kindheit.

Opler und Mitarbeiter (2004) analysierten archivierte Serumproben, die von einer Kohorte von Lebendgeburten in Oakland, Kalifornien, in den Jahren 1959 bis 1966 gesammelt wurden. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das Risiko einer nachfolgenden Entwicklung von Schizophrenie erhöht war (OR = 2.4) bei denjenigen Neugeborenen mit einer erhöhten Serum d-aminolevulinik Säure (d-ALA), einem biologischen Marker für *Blei-Exposition*. Falls weitergehende Forschung anzeigt, dass mütterliche Bleivergiftung ein relevanter Faktor ist, dann könnten wir erwarten, dass die Beschränkung des Bleigehalts im Benzin in den 1980er-Jahren in den USA zu einer Verringerung der Häufigkeit von Schizophrenie in der ersten Dekade des 21. Jahrhundert führen wird. Andere Bestrebungen, das Blei in der Umwelt zu reduzieren (wie zum Beispiel kontaminiertes Trinkwasser und alte Farbe in Haushalten mit niedrigem Einkommen) könnten einen gleichfalls nutzbringenden Effekt haben.

Es wurde nachgewiesen, dass ein intrauteriner Vitamin-D-Mangel dopaminerge Funktionen bei Ratten dauerhaft verändert (Rogers et al. 2004). Die Gabe von wenigstens 2000 i.u. von Vitamin D als Substitution bei neugeborenen Kindern während ihres ersten Lebensjahres 1966 in Nordfinnland korrelierte mit einem verminderten Risiko von Schizophrenie bei Männern (RR = 0.23; RR = relatives Risiko) im Vergleich zu Kindern, die niedrigere

oder keine Dosen erhielten (McGrath et al. 2004). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Vitamin-D-Mangel bei der Mutter oder dem Neugeborenen beteiligt ist an der Verursachung von Schizophrenie, ist größer geworden durch Befunde, dass (a) die zweite Generation dunkelhäutiger Einwanderer in nördliche Länder (z. B. aus der Karibik kommende afrikastämmige Personen in Großbritannien) ein erhöhtes Risiko haben, eine Schizophrenie zu entwickeln und dass (b) eine erhöhte Rate an Geburten im Winter von später schizophrenen Erkrankten am augenscheinlichsten in Gegenden ist, die am weitesten vom Äquator entfernt sind (McGrath 2000).

Sekundäre Prävention

Wenden wir uns jetzt der Sekundärprävention von Schizophrenie zu.

Auf viel Interesse ist die Arbeit von Patrick McGorry und seinen Kollegen am Zentrum für frühe Prävention und Intervention von Psychosen (Early Psychosis Prevention and Intervention Center – EPPIC) in Melbourne, Australien, gestoßen, genauso wie ein von McGlashan geleitetes Projekt in den Vereinigten Staaten, das die gleiche Forschungslinie verfolgt. In diesen Studien werden Personen, bei denen angenommen wird, sie seien in prodromalen Stadien von Schizophrenie, mit Medikamenten und anderen Interventionen behandelt, *bevor* sie die Krankheit entwickeln, in der Hoffnung, das Auftreten des gesamten Syndroms zu vermeiden. Um zu evaluieren, ob ein Programm nutzbringend sein wird, müssen wir (a) die Genauigkeit des verwendeten Screening-Tests als auch (b) die Wirksamkeit der Behandlungsintervention überprüfen. Wir werden uns zuerst mit der Genauigkeit des Screening-Test befassen.

Es gibt drei Maßeinheiten für die Genauigkeit eines Screening-Tests, nämlich:

- Sensibilität – der Test ist positiv, wenn die Krankheit vorhanden ist
- Spezifität – der Test ist negativ, wenn keine Krankheit vorhanden ist
- positiver Vorhersagewert – die Krankheit ist vorhanden, wenn der Test positiv ist.

Wenn die Sensibilität des Tests gering ist, so wird es viele falsch negative Fälle geben und wenn die Spezifität des Tests niedrig ist, dann treten viele falsche Positive auf. Forscher benutzen oft den positiven Vorhersagewert um die Genauigkeit ihres Tests zu beweisen. Allerdings haben Sensibilität und Spezifität einen höheren Nutzen im Vergleich zum positiven Vorhersagewert, da sie sich nicht verändern, wenn der Test bei verschiedenen Populationen ein-

gesetzt wird, während der positive Vorhersagewert, wie wir bald feststellen werden, sich von einer Population zur anderen ändert (Everitt 1999).

Das Theorem von Bayes, das breit genutzt wird im öffentlichen Gesundheitswesen zur Evaluierung der Vorhersagestärke eines Screening-Verfahrens, erfordert, dass wir die Sensibilität des Instruments, die Spezifität und die Basisrate der Krankheit in Betracht ziehen – im Falle der Schizophrenie liegt diese um 1 % (Everitt 1999).

Wir können das Theorem von Bayes auf eines der genauesten Messinstrumente anwenden, das bis heute zugänglich ist. Die Bonn Skala zur Einschätzung von Basissymptomen (Bonn Scale of Assessment of Basic Symptoms) (Klosterkötter et al. 2001) ist eine 66 Items umfassende Skala zur Erfassung von prodromalen Störungen: Denken, Sprache, Wahrnehmung und Affekt betreffend, das während einer zehnjährigen Nachuntersuchung von ambulanten Patienten einer Klinik als ein Screening-Instrument entwickelt wurde, um die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Psychose vorauszusagen. Die Bonn Skala von Klosterkötter hat eine recht gute Spezifität (0,59) und eine sehr hohe Sensibilität (0,98). Klosterkötter behauptet: Weil die Rate von falsch Negativen so niedrig ist, erscheint die Skala »anwendbar für eine breite Identikation von gefährdeten Personen in der Allgemeinbevölkerung«. Ist dies tatsächlich richtig?

Klosterkötter entwickelte sein Messinstrument mit einer Population aus psychiatrischen Universitätspolikliniken. Von diesen 160 Patienten bekamen fast die Hälfte eine Psychose. Von den 79 Patienten, bei denen eine Psychose auftrat, waren nur zwei mit negativem Befund auf der Bonn Skala. Es gab jedoch 33 falsch Positive. Der positive Vorhersagewert bei dieser Poliklinikpopulation lag daher um 70 %. Wir müssen allerdings erkennen, dass im Fall einer Anwendung dieser Sensibilität und Spezifität auf eine Stichprobe von 10000 Personen aus der allgemeinen Bevölkerung, bei einer Basisrate für die Krankheit von 1 %, das Ergebnis komplett anders ausfällt. Nach wie vor gibt es nur zwei falsch Negative, aber nun treten mehr als 4000 falsch Positive auf. Folgerichtig fällt der positive Vorhersagewert der Bonn Skala von 70 % bei der Stichprobe aus der Klinik auf 2 % in der Allgemeinbevölkerung. Anders gesagt *der Test wäre in 98 % der Fälle nicht richtig*.

Es ist klar, dass wir bislang keinen effektiven Test für das Screening der allgemeinen Bevölkerung auf Schizophrenie haben. Diejenigen, wie Professor McGorry, die diesen Ansatz favorisieren, beantworten diese Position dahingehend, niemals die Absicht gehabt zu haben, die Allgemeinbevölkerung zu untersuchen (McGorry 1999). Jedoch hilft diese Argumentationsweise aus dem Blickwinkel der Öffentlichen Gesundheit (in Bezug auf die Prävention von Schizophrenie) nicht. Wenn jemand das Screening-Instrument allenfalls für eine kleine Gruppe von Klinikfällen verwendet, werden viele Personen in der Allgemeinbevölkerung ausgeschlossen, die eine Schizophrenie entwickeln werden. Daher wurde das Problem von falsch Positiven durch die Schaffung einer großen Anzahl von nicht entdeckten Fällen vermieden und folglich wird das Programm nur einen kleinen Anteil derjenigen aufspüren, die letzten Endes die Krankheit entwickeln werden.

Jetzt können wir uns der nächsten Frage zuwenden. Gibt es effektive Interventionen für prä-psychotische Personen? Die Forschungsgruppe von McGorry behauptet, dass eine Vielzahl von Interventionen wirksam sein können zur Vermeidung des Ausbruchs von Schizophrenie in Fällen mit hohem Risiko. Die empfohlenen Ansätze umfassen den Gebrauch von niedrig-dosierter antipsychotischer Medikation, Maßnahmen zur Stressverminderung, Umstrukturierung des Lebensstils, Schulungen, um die Fähigkeiten zur Krankheitsbewältigung zu verbessern sowie Intervention in der Familie (McGorry & Jackson 1999). Allerdings wurden all diese Ansätze entwickelt, um Personen mit Symptomen von Schizophrenie und ihren Familienangehörigen zu helfen, mit der Krankheit umgehen zu können, und um die Rückfallhäufigkeit zu verringern. Ihre Wirksamkeit bei symptomfreien Individuen ist unbekannt und in Anbetracht dessen ist es nicht besonders wahrscheinlich, dass sie effektiv sind. Wie soll man beispielsweise den Nutzen antipsychotischer Medikation beurteilen, bevor psychotische Symptome auftreten? Wie soll man soziale Fähigkeiten vermitteln bevor diese nachgelassen haben? Welche Unterstützung und Therapie muss einer Familie gegeben werden, bevor merkliche Probleme auftreten?

Das Schadenspotenzial dieser Interventionen ist bedeutsam bei der gegebenen Anzahl von zu erwartenden falsch positiven Fällen. Ist es angemessen, jemandem antipsychotische Medikationen zu verschreiben, der keine positiven Symptome der Erkrankung hat, und wenn für wie lange? Wie viel Schaden wird Personen zugefügt, die tatsächlich niemals die Krankheit entwickeln, wenn man ihnen mitteilt, dass sie dem Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, ausgesetzt seien, dass sie einer Behandlung bedürften und ihre Zukunftserwartungen an diesen Sachverhalt anpassen müssten? Kritiker sind besorgt, dass die Zuschreibung von Personen als »prä-schizophren« diese zu dem Glauben verleiten könnte, ihren Anspruch an ihr Leben herunterzustufen, z. B. nicht zu heiraten oder sich nicht in einen Studiengang einzuschreiben und so weiter.

Die Forschungsgruppe um McGorry hat eine Studie über frühe Intervention bei jungen Klinikpatienten mit hohem Schizophrenierisiko durch-

geführt (McGorry 2000). Die Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass zehn von 28 Kontrollpatienten, die nicht mit frühen Interventionsmaßnahmen versorgt wurden, eine Psychose entwickelten. Nur drei von 31 Patienten, die eine frühe Behandlung erhielten, entwickelten eine Psychose. Man konnte den Schluss ziehen, dass der Ausbruch der Psychose in ungefähr sieben Fällen verzögert wurde. Ist dieses Ergebnis im Großen und Ganzen positiv oder negativ?

Es ist wahr, dass der Ausbruch der Psychose bei sieben Patienten herausgezögert wurde. Allerdings ergaben sich für 24 Patienten in der Experimentgruppe negative Folgen: drei Patienten wurde Risperidon verabreicht, ohne dass daraus ein Nutzen entstand, 21 Patienten wurde mitgeteilt, sie hätten ein hohes Psychose-Risiko, wobei sie dies tatsächlich nicht hatten, und diesen Patienten wurde unnötigerweise Risperidon gegeben. Und wie soll weiterhin entschieden werden, für wie lange die 28 Patienten, die keine Psychose entwickelten, die Einnahme von Risperidon fortsetzen sollen? Man kann für Dreiviertel dieser Patienten annehmen, dass dies nicht notwendig ist und ein Viertel wird psychotisch werden, falls sie es nicht einnehmen – aber wir wissen nicht, welches Viertel. Sollen sie für sechs Monate oder sechs Jahre bei der Medikation bleiben?

Jablensky (2000) hat mehrere Kriterien vorgeschlagen, um festzustellen, ob ein Screening-Programm mehr Nutzen oder mehr Schaden anrichtet. Wir können den Ansatz von McGorry (frühe Intervention vor der Entwicklung einer Psychose) durch die Anwendung folgender Prüfsteine evaluieren:

- Rechtfertigt die Last der Erkrankung das Screening?
- Gibt es eine wirksame präventive Intervention?
- Ist ein guter Screening-Test vorhanden?
- Ist es wahrscheinlich, dass das Programm diejenigen erreicht, die davon profitieren können?
- Werden Personen mit positivem Screening in die Intervention einwilligen?

Die Antwort auf die erste dieser Fragen ist »ja«, aber für die übrigen ist die Antwort »nein« oder bestenfalls »zweifelhaft«. Deshalb sollten wir den Schluss ziehen, dass Screening zur Feststellung von Schizophrenie vor Beginn der Erkrankung wahrscheinlich nicht erfolgreich sein wird.

Tertiäre Prävention

Abschließend können wir uns dem Konzept früher Behandlung für diejenigen zuwenden, die das volle Syndrom der Schizophrenie bieten – dies ist eine Form von tertiärer Prävention nach der Terminologie Caplans. Die theoretische Begründung für frühe Interventionsmaßnamen basiert auf Daten, die nahe legen, dass die Dauer einer unbehandelten Psychose mit verschiedenen negativen Folgen korreliert, wie psycho-soziale Verschlechterung, verlängerte Krankheitsdauer, wachsende Behandlungskosten, schlechtere Ergebnisse und Verlängerung akuter Episoden. Befürworter der frühen Intervention weisen darauf hin, dass dieser Zusammenhang ein direkter Effekt einer verlängerten Psychose sei. Jedoch gibt es auch andere mögliche Erklärungsansätze.

Wir wissen, dass erste Episoden von Schizophrenie-ähnlichen Zuständen zur Remission der psychotischen Symptomen führen können. Wie Ciompi (1980) gezeigt hat, können Personen mit Schizophrenie einen heftigen oder schleichenden Beginn der Krankheit aufweisen, der Verlauf kann episodisch oder fluktuierend sein und das Ergebnis schwere Beeinträchtigung oder milde oder eine komplette Erholung. In Ciompis Stichprobe von 228 schizophrenen Personen entwickelten 50 % eine volle Remission; 25 % von denen mit einem akuten Beginn und einem episodischem Verlauf erholten sich vollkommen. Stichproben, die Personen mit einer langen Krankheitsdauer erfassen, werden solche mit einem episodischen Verlauf, bei denen die Anfangsepisode sich früh bessert, ausschließen und somit auch Fälle mit einer günstigen Prognose. Allerdings werden Patienten, die schnell zu einer Remission kommen, in Stichproben mit einer kurzen psychotischen Dauer aufgenommen. Daher weisen Stichproben zur frühen Identifizierung von Fällen die Tendenz auf, mehr Fälle mit guten Prognosen einzuschließen.

Falls dieser Erklärungsansatz der richtige ist, werden wir feststellen, dass Studien, die eine Verbindung aufzeigen zwischen der Dauer von unbehandelter Psychose und seinem Ergebnis, solche sind, die Patienten mit einem kürzlich eingetretenen Krankheitsausbruch einschließen. Dies ist tatsächlich der Fall. Wie Tabelle 1 zeigt, erfassen fast alle diese Studien Patienten mit verschiedenen Arten von akuter Psychose (einschließlich bipolare Störung usw.) mit kürzlichem Beginn. Die einzigen Ausnahmen sind die Studien von Waddington (1995) und von Scully (1997). Diese beiden Studien beziehen sich jedoch auf die selbe Kohorte und vergleichen Patienten, die über einen ausgedehnten Zeitraum Insassen einer irischen Anstalt waren, bevor antipsychotische Mittel in den 1950er-Jahren eingeführt wurden, mit solchen, die dort für einen noch längeren Zeitraum verwahrt waren. Dies ist

demnach nicht eine Studie über die Auswirkung der Dauer unbehandelter Psychosen, sondern über den Schaden, den das Anstaltsleben zugefügt hat. Ebenso sind Studien, die keinen Zusammenhang zwischen der Dauer einer unbehandelten Psychose und ihrer Folge beschreiben, fast alle auch solche, die Fälle mit kürzlichem Krankheitsbeginn ausschließen. DRAKE (2000) hat gezeigt, dass der Zusammenhang zwischen der Dauer einer unbehandelten Psychose und dem Ergebnis in seiner Stichprobe fast ausschließlich beschränkt war auf die ersten sechs Monate der Psychose. Es ist klar, dass wir den Zusammenhang von der Dauer einer unbehandelten Psychose und dem Ergebnis nicht trennen können von dem Effekt des positiven Resultats bei Psychosen, der bei Fällen mit kürzlichem Krankheitsbeginn zu erwarten ist.

Tab. 1: Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Dauer von unbehandelten Psychosen und ihrem Verlauf (* eingeschlossen sind Fälle mit kürzlichem Beginn)

Dauer von unbehandelten Psychosen *mit* ungünstigem Verlauf:	
Johnstone et al.	1986*
Makanjuola et al.	1987*
Helgason	1990*
Tsoi et al.	1991*
Moscarelli et al.	1991*
Loebel et al.	1992*
Waddington et al.	1995
McGorry et al.	1996*
Scully et al.	1997
Wyatt et al.	1997*
Haas et al.	1998*
Carbone et al.	1999*
Larsen et al.	2000*
Drake et al.	2000*
Browne et al.	2000*
Dauer von unbehandelten Psychosen ohne ungünstigen Verlauf:	
Linzen et al.	1998*
Craig et al.	2000
Ho et al.	2000
de Haan et al.	2000
Barnes et al.	2000

WYATT (1997) hat darauf hingewiesen, dass die verlängerte *D*auer einer *u*nbehandelten *P*sychose (DUP) zu permanenten Schäden der Gehirnstruktur und seiner Funktionsweise führen könnte. Allerdings versäumen vier der fünf neuen Studien, die sich mit diesem Problem befasst haben und in Ta-

belle 2 aufgeführt sind, irgendwelche Belege zu bringen für einen Zusammenhang zwischen DUP und Abnahme der kognitiven Funktionen, und keine der Studien belegt eine Abnahme des kortikalen Volumens.

Tab. 2: Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen der Dauer von unbehandelten Psychosen und Veränderungen des kortikalen Volumens oder der kognitiven Funktionen

Dauer von unbehandelten Psychosen *ohne* Zusammenhang mit Abnahme des kortikalen Volumens oder der kognitiven Funktionen:	
Hoff et al.	2000
Fannon et al.	2000
Norman et al.	2001
Ho et al.	2003
Duration of untreated psychosis is associated with decrease in cognitive functioning:	
Amminger et al.	2002

Die Behauptung, frühe Intervention bei Schizophrenie sei wirksamer, ist in der Psychiatrie zu einer Binsenwahrheit geworden, zu einem Glaubensgrundsatz. Es scheint allerdings, dass diese Behauptung einer profunden Beweisgrundlage entbehrt. Sie basiert tatsächlich auf einem Fehler, der sich hartnäckig hält. Im 19. Jh. haben die Inhaber der ersten privaten Irrenanstalten argumentiert, dass frühe Aufnahme und Behandlung sehr wichtig für die Genesung seien. Sie behaupteten weiterhin, dass eine frühe Aufnahme für die Familie Ersparnisse an Geld bedeuten würde. SCULL (1979) argumentiert, dass der Glaube an die Wirksamkeit von früher Behandlung den Inhabern privater Irrenanstalten ein attraktives Motiv für potenzielle Kunden bot, ihre erkrankten Familienmitglieder in die Anstalt zu bringen.

In der Tat führte im 19. Jh. dieser statistische Fehler, so wie er es heute tut, zu Veränderungen in der Gesundheitspolitik. Die städtischen Beauftragten für die Irrenpflege in Großbritannien (British Commissioners of Lunacy) berichteten 1844, dass in verschiedenen privaten und öffentlichen Anstalten Tabellen veröffentlicht wurden, die den hohen Anteil von bewirkten Heilungen deutlich machten, wenn Patienten innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Krankheit aufgenommen wurden, den geringeren Anteil, wenn erst nach drei Monaten die Aufnahme erfolgte, und die fast vollständige Hoffnungslosigkeit auf Heilung, wenn Personen ... erst nach Ablauf eines Jahres nach Auftreten von ersten Symptomen in ein gutes Asylum geschickt wurden (SCULL 1979, S. 111–112).

Dieser Glaube an die »sehr große Wahrscheinlichkeit der Heilung in den frühen Stadien von Irrsinn« (Westminister Review, 1845, zitiert nach Scull 1979, S. 112) führte zur Verabschiedung des *Asylum Acts* von 1845, der von jeder britischen Grafschaft (Landkreis) und jeder Stadt verlangte, eine Irrenanstalt zu errichten. Das Endergebnis war schließlich der Aufbau eines Netzwerks von großen Institutionen für Geisteskranke.

Heute ist es leicht für uns, das Eigeninteresse der frühen Anstaltsbesitzer wahrzunehmen, indem wir diese Heilungs-Statistiken anführen, als auch bei ihrer Übernahme durch die psychiatrischen Reformer und Politiker jener Zeit die unzureichende wissenschaftliche Kritikfähigkeit. Es ist weniger offensichtlich, dass die heute vorgelegten Daten zur Bestärkung früher Intervention an vielen der gleichen methodischen Schwächen leiden wie die frühen Anstalt-Tabellen.

Die Möglichkeit, Schaden zu nehmen durch frühe Interventionsmaßnahmen ist für Patienten, die das volle Schizophrenie-Syndrom entwickelt haben, nicht so groß wie bei Personen, die noch nicht erkrankt sind. Die Ergebnisse des Soteria Projekts in Kalifornien (Mosher et al. 1995) allerdings erinnern uns daran, dass viele Personen mit akuter Psychose sich ohne den Einsatz von Medikamenten spontan erholen können. Andere Studien von Ciompi und Mitarbeitern (1995) bei der Soteria Bern in der Schweiz sowie Lehtinen und Mitarbeitern (2000) in sechs Zentren für seelische Gesundheit in Finnland haben das gleiche Phänomen dargestellt. Zusätzlich ist nun durch Feldstudien in der Allgemeinbevölkerung, die von Jim van Os und anderen (2001) durchgeführt wurden, deutlich, dass der Anteil wenig ausgeprägter psychotischer Zustände, die nie behandelt werden und einer solchen nicht bedürfen, sehr hoch ist. Wenn wir solche Menschen durch frühere und umfangreichere Interventionen in medikamentöse Behandlung bringen, könnten wir unnötigerweise einige Personen in verlängerten Karrieren als chronisch psychisch kranke Patienten fixieren. Klar ist, dass niemand eine *späte* Intervention bei Psychosen favorisiert. Ich vertrete jedoch, dass es übermäßig optimistisch ist, besonderen lang anhaltenden Nutzen von früher Intervention zu erwarten und dass wir Vorsicht walten lassen müssen, wenn wir eine Psychose in ihrem frühesten Stadium entdecken, um zu berücksichtigen, dass einige dieser Fälle milde Zustände von psychotischen Episoden mit guter Prognose sind, welche keine ausgedehnten Behandlungen mit antipsychotischer Medikation erfordern.

Dies sind in der Tat keine radikalen Meinungen, Prof. McGorry und ich haben zusammen ein Konsens-Papier verfasst (Warner & McGorry 2002), in welchem wir in mehreren wichtigen Punkten übereinstimmen. Wir sind

uns einig, dass es angemessen ist, die optimale Behandlung für eine klar erkannte Schizophrenie so schnell wie möglich zu beginnen – um Sicherheit zu gewährleisten, niedrig dosierte antipsychotische Medikation beim größten Teil der Fälle zu verabreichen, Unterstützung und Schulung für den Einzelnen und die Familie zur Verfügung zu stellen und das Case Management einzusetzen, um die Verfügbarkeit von angemessener Wohnform, angemessenem Einkommen, Zugang zu Arbeit und einem positiven genesungsorientierten Ansatz zu sichern. Wir stimmen darin überein, dass es unnötig ist, das Konzept von Wyatt (1997) über die biologische Toxizität infolge unbehandelter Psychose anzuführen und dass eine Intervention vor Krankheitsbeginn ein Risiko an negativen Folgen für falsch Positive birgt. Wir stimmen überein, dass wir nicht versuchen sollten, Menschen ohne Symptome oder vor Krankheitsbeginn, die keine Behandlung wünschen, zu behandeln und dass einige Personen mit kurzen Psychosen bei guter Prognose unnötige Behandlung erhalten könnten.

In unserem Zentrum für Seelische Gesundheit in Boulder, Colorado, erkennen wir an, dass Menschen mit einer frühen psychotischen Erkrankung und ihre Familienmitglieder besondere Dienste benötigen – Aufklärung über die Krankheit, Informationen über die Dienstleistungen und auch Aufmerksamkeit gegenüber dem Trauma und Unglauben, mit denen auf die neue Diagnose reagiert wird. Wir haben festgestellt, dass viele von unserem Fachpersonal versäumt haben es anzuerkennen, dass Menschen mit einer frühen psychotischen Erkrankung solche besonderen Dienste brauchen – dass diese Fälle erkannt und besonders behandelt werden müssen. Dies hatte die Entwicklung eines Protokolls zum Ergebnis, das Fälle früher Psychose hervorhebt, um den Fluss von klinischen Informationen zu verbessern, während der Patient das Behandlungssystem durchläuft (besonders von stationärer zu ambulanter Behandlung) und um Art und Ausmaß der notwendigen Begleitung zu spezifizieren. Spezialisten für frühe Psychosen wurden für jedes Team ausgebildet, um ihre Kollegen über das Management solcher Fälle zu beraten.

Rehabilitation und Behandlung

Das Konsenspapier der WPA, mit dem ich diesen Vortrag begonnen habe, betont, dass gute Rehabilitation ein wesentlicher Bestandteil von tertiärer Prävention ist. Leider haben wir keine Zeit, diesen Punkt detailliert zu diskutieren. Es genügt zu sagen, dass wir jetzt gute Modelle haben, wie »assertive community treatment« um Personen mit schweren psychischen Erkrankun-

gen zu stabilisieren und wiederholten Krankenhausaufnahmen vorzubeugen. Wir haben auch gute Modelle wie unterstützte Beschäftigung, um Menschen mit psychischer Erkrankung in eine produktive Beschäftigung zu reintegrieren. Die Arbeiter-Kooperativen in Norditalien und die sozialen Firmen in Deutschland und anderswo in Europa und Amerika, die die Doppelmission innehaben, Menschen mit psychischer Erkrankung zu beschäftigen und ein nützliches Produkt oder eine nützliche Dienstleistung zu erbringen, haben sich auch als ein erfolgreiches Rehabilitationsmodell erwiesen. In Städten wie Trieste in Norditalien ist es üblich, dass 50 % oder mehr der psychotischen Patienten beschäftigt sind; dies ist eine viel höhere Beschäftigungsrate für Menschen mit Psychose als es in den meisten Teilen Europas und Amerikas anzutreffen ist (Warner 2000). Das psychosoziale Klubhaus (»Tagesstätte«) ist ein weiteres erfolgreiches Modell, das entwickelt und auf der ganzen Welt verbreitet wurde, um die soziale und berufliche Rehabilitation von Personen mit psychischer Erkrankung zu unterstützen.

Die Bekämpfung von Stigma

Schließlich möchte ich mich dem Schwerpunkt der WPA, Stigma abzubauen, zuwenden. Stigma ist ein Haupthindernis für die Behandlung und Re-Integration von psychisch Kranken, jedoch haben wir in der letzten Dekade mutige Anstrengungen beobachtet, diese Form des Vorurteils und der Diskriminierung zu bekämpfen. In dem globalen Programm der World Psychiatric Association zur Bekämpfung von Stigma, in dem ich die vergangenen acht Jahren mitgearbeitet habe, wurden in 23 Ländern Pilot-Anti-Stigma Programme eingerichtet, einschließlich in Deutschland und in den Vereinigten Staaten. Wir haben festgestellt, dass es möglich ist, die Einstellungen gegenüber schizophrenen Menschen erfolgreich zu verändern, wenn wir unsere Bemühungen auf homogene Zielgruppen konzentrieren, wie die Polizei oder Ärzte in der Notaufnahme (Warner 2000) und wenn wir soziale Marketing-Techniken einsetzen, um unsere Aussagen zu verfeinern sowie passende Medien auswählen.

In Boulder richtete sich eines unserer erfolgreichen Programme zur Stigmabekämpfung an Schüler der High School. Neben anderen Interventionen haben wir einen jährlichen Anti-Stigma Kunstwettbewerb für Schüler entwickelt. Ein Büro zur Interessenvertretung der Menschen mit psychischen Erkrankungen wandte sich an Kunstklassen aller High Schools, um über die Symptome schwerer psychischer Krankheit und die Auswirkungen von Stigma bei dem Betroffenem und seiner oder ihrer Familie zu sprechen.

Die von den Schülern gestalteten Kunstwerke wurden bei einer öffentlichen Kunstausstellung gezeigt und einige der Gewinnerwerke wurden für Anti-Stigma Werbung in Bussen eingesetzt, die täglich von den Schülern und anderen Bürgern genutzt wurden. Auf diese Weise haben mehrere Anti-Stigma Präsentationen Schüler der High School erreicht und waren in der Lage, bei Schülern Veränderungen des Kenntnisstandes über psychische Erkrankungen nachzuweisen als auch eine Verbesserung ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Störungen.

Schlussfolgerungen

Zusammengefasst stützen die Forschungsergebnisse die Wirksamkeit verschiedener präventiver Interventionen in der Psychiatrie. Erfolgreiche Formen der Primärprävention umfassen einen gesunden Start ins Leben durch angemessene pränataler Vorsorge und ins Haus kommende Dienste für Eltern mit erhöhtem Risiko, durch Vorschulmaßnahmen für sozial benachteiligte Kinder und durch Beschaffung von Beschäftigung für Eltern armer Familien. Sekundäre Prävention hat sich als effektiv herausgestellt durch das Angebot kognitiver Verhaltensinterventionen für diejenigen, die sich in Gefahr befinden, in der Adoleszenz an Depression zu erkranken, als auch solche zu behandeln, die an ADHD leiden. Tertiärprävention ist möglich durch moderne Behandlungs- und Rehabilitationsmethoden für Menschen mit psychotischen Erkrankungen und durch die Bekämpfung des Stigmas, welches bei Menschen mit schwerem psychischen Erkrankungen als Hindernisse bei der wirksamen Integration in der Gemeinde wirkt. Allerdings sollten alle vorgeschlagenen Präventionsprogramme einer genauen wissenschaftlichen Prüfung unterzogen werden, um sicherzustellen, dass sie sich in der Tat als kosteneffektiv erweisen und mehr Gutes schaffen als Schaden anrichten. Während die Prävention in der Psychiatrie sich wie ein universell positives Konzept anhört, kann es tatsächlich, wie wir gesehen haben, zu Zeiten nicht erfolgreich sein.

Literatur

Barnes TRE, Hutton SB, Chapman MJ et al. (2000) West London first-episode study of schizophrenia: Clinical correlates of duration of untreated psychosis. British Journal of Psychiatry, 177, 207–211.

Beardslee WR, Podorefsky D (1988) Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: The importance of self-understanding and relationships. American Journal of Psychiatry, 145: 63–69.

Beardslee WR, Versage EM, Wright E et al. (1997) Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of change. Developmental Psychopathology, 9: 109–130.

Biederman J, Wilens T, Mick E et al. (1995) Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. American Journal of Psychiatry, 152: 1652–1658.

Biederman J, Wilens T, Mick E et al. (1999) Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. Pediatrics, 104: e20.

Bennedsen BE, Mortensen PB, Olesen AV, Henriksen TB (1999) Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 175, 239–245.

Berrueta-Clement JR, Schweinhart LJ, Barnett WS et al. (1984) Changed Lives: The Effects of the Perry Preschool Program on Youths Through Age 19. High/Scope Press, Ypsilanti, Michigan.

Browne S, Clarke M, Gervin M et al. (2000) Determinants of quality of life at first presentation for schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 176: 173–176.

Caplan G. (1964) The Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York.

Carbone S, Harrigan S, McGorry PD et al. (1999) Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: The impact of treatment approach. Acta Psychiatrica Scandinavica, 100: 96–104.

Ciompi L (1980) Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. Schizophrenia Bulletin, 6: 606–618.

Ciompi L, Dauwalder HP, Maier C et al. (1995) The Pilot Project »Soteria Berne: Clinical experinces and results, in (ed.) Warner R. Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment. American Psychiatric Press, Washington, D.C., 111–129.

Clarke GN, Hawkins W, Murphy M et al. (1995) Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34: 312–321.

Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F et al. (2001) A randomized trial of group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. Archives of General Psychiatry, 58: 1127–1134.

Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A (2003) Relationships between poverty and psychopathology. Journal of the American Medical Association, 290: 2023–2029.

Craig TJ, Bromet EJ, Fennig S et al. (2000) Is there an association between duration of untreated psychosis and 24-month clinical outcome in a first-admission series? American Journal of Psychiatry, 157: 60–66.

Dalman C, Allebeck P, Cullberg J et al. (1999) Obstetric complications and the risk of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 56: 234–240.

de Haan L, van der Gaag M, Wolthaus J (2000) Duration of untreated psychosis and the long-term course of schizophrenia. European Psychiatry, 15: 264–267.

Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S et al. (2000) Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 177 (suppl.): S11–S515.

Everitt BS (1999) Chance Rules: An Informal Guide to Probability, Risk, and Statistics. Copernicus, Springer-Verlag, New York.

Everly GS, Flannery RB, Mitchell JT (2000) Critical incident stress management (CISM): A review of the literature, Aggression and Violent Behavior, 5: 23–40.

Fannon D, Chitnis X, Doku V et al. (2000) Features of structural brain abnormality detected in first-episode psychosis. American Journal of Psychiatry, 157: 1829–1834.

Geddes JR, Lawrie SM (1995) Obstetric complications and schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 167: 786–793.

Genetian LA, Miller C (2002) Children and welfare reform: A view from an experimental welfare program in Minnesota. Child Development, 73: 601–620.

Gottesman I (1991) Schizophrenia Genesis: The Origins of Madness. Freeman, New York.

Gupta S, Murray RM (1991) The changing incidence of schizophrenia: Fact or artifact? Directions in Psychiatry, 11: 1–8.

Haas GL, Garrett LS, Sweeney JA (1998) Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: Impact on symptomatology and clinical course of illness. Journal of Psychiatric Research, 32: 151–159.

Hechtman L (1985) Adolescent outcome of hyperactive children treated with stimulants in childhood: A review. Psychopharmacology Bulletin, 21: 178–191.

Helgason L (1990) Twenty years' follow-up of first psychiatric presentation for schizophrenia: What could have been prevented? Acta Psychiatrica Scandinavica, 81: 231–235.

Ho BC, Andreasen NC, Flaum M et al. (2000) Untreated initial psychosis: Its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 157: 808–815.

Hoff AL, Sakuma M, Razi K et al. (2000) Lack of association between duration of untreated illness and severity of cognitive and structural brain deficits at the first episode of schizophrenia. American Journal of psychiatry, 157: 1824–1828.

Hu TW, Hargreaves WA, Shumway M (1996) Estimating costs of schizophrenia and its treatment, in (eds.) Moscarelli M, Rupp A & Sartorius N, Handbook of Mental Health Economics and Health Policy: Volume 1: Schizophrenia, John Wiley, New York, 359–371.

Hultman CM, Sparen P, Takei N et al. (1999) Prenatal and perinatal risk factors for

schizophrenia, affective psychosis, and reactive psychosis of early onset: case control study. British Medical Journal, 318: 421–426.
Huxley P, Warner R (1993) Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases. American Journal of Orthopsychiatry, 63: 582–588.
Jablensky A (2000) Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: Implications for prevention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, supplement: S26–S34.
Jaycox LH, Reivich KJ, Gilham J, Seligman MEP (1994) Prevention of depressive disorders in school children. Behavior Research and Therapy, 32: 801–816.
Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL et al. (1986) The Northwick Park study of first episodes of schizophrenia: I. Presentation of the illness and problems relating to admission. British Journal of Psychiatry, 148: 115–120.
Jones PB, Rantakallio P, Hartikainen AL et al. (1998) Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: A 28-year follow-up of the 1996 north Finland general population birth cohort. American Journal of Psychiatry, 155: 355–364.
Kelly RH, Danielsen BH, Golding JM et al. (1999) Adequacy of prenatal care among women with psychiatric diagnoses giving birth in California in 1994 and 1995. Psychiatric Services, 50: 1584–1590.
Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. (2001) Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Archives of General Psychiatry, 58: 158–164.
Larsen TK, Moe LC, Vibe-Hansen L et al. (2000) Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1-year outcome in first-episode psychosis. Schizophrenia Research, 45: 1–9.
Lecic-Tosevski D, Christodoulou GN, Hosman C et al. (2003) Consensus statement on psychiatric prevention. The Sections' Newsletter, World Psychiatric Association, Issue 6, October–December.
Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T et al. (2000) Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation needed? European Psychiatry, 2000: 312–320.
Le Fanu J (2000) The Rise and Fall of Modern Medicine, Carroll & Graf, New York.
Linszen D, Lenior M, de Haan L et al. (1998) Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 172: 84–89.
Loebel AD, Lieberman JA, Alvi, JMJ et al. (1992) Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 149: 1183–1188.
MacGregor SN, Keith LG, Bachicha JA, Chasnoff IJ (1989) Cocaine abuse during pregnancy: Correlation between prenatal care and perinatal outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 74: 882–885.
Makanjuola ROA, Adedapo SA (1987) The DSM-III concepts of schizophrenic disorder and schizophreniform disorder: A clinical and prognostic evaluation. British Journal of Psychiatry, 151: 611–618.
McGorry PD (1999) ›A stitch in time‹ ... The scope for preventive strategies in early psychosis, in (eds.) McGorry PD. and Jackson HJ, The recognition and management of early psychosis, Cambridge University Press, Cambridge, 3–23.

McGorry PD (2000) The nature of schizophrenia: Signposts to prevention. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, supplement: S14–S21.
McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al. (1996) EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin, 22: 305–326.
McGorry PD, Jackson HJ (1999) The Recognition and Management of Early Psychosis, Cambridge University Press, Cambridge.
McGrath J (2000) Universal interventions for the primary prevention of schizophrenia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, supplement: S58–S64.
McGrath JJ, Saari K, Hakko H et al. (2004) Vitamin D supplementation during the first year of life and risk of schizophrenia: A Finnish birth-cohort study, Schizophrenia Research, 67, supplement 1: 16.
McNeil TF (1988) Obstetric factors and perinatal injuries, in (eds.) Tsuang MT, Simpson JC, Handbook of Schizophrenia: Nosology, Epidemiology and Genetics. Elsevier Science Publishers, New York.
Miller WHJ, Bloom JD, Resnick MP (1992) Prenatal care for pregnant chronic mentally ill patients, Hospital and Community Psychiatry, 43: 942–943.
Moscarelli M, Capri S and Neri L (1991) Cost evaluation of chronic schizophrenic patients during the first three years after the first contact. Schizophrenia Bulletin, 17: 421–426.
Mosher LR (1995) The Soteria Project: The first-generation American alternatives to psychiatric hospitalization, in (ed.) Warner R Alternatives to the Hospital for Acute Psychiatric Treatment, American Psychiatric Press, Washington D.C., 111–129.
Munoz RE, Ying YW, Bernal G et al. (1995) Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial, American Journal of Community Psychology, 23: 199–222.
Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R (1986) Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics, 78: 65–78.
Opler GA, Brown AS, Graziano J et al. (2004) Prenatal lead exposure, ä-aminolevulinic acid, and schizophrenia, Environmental Health Perspectives, online, doi:10.1289/ehp.6777 (available at http://dx.doi.org/), 1–31.
Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD (1992) Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. Journal of Health and Social Behavior, 33: 158–167.
Racine A, Joyce T, Anderson R (1993) The association between prenatal care and birth weight among women exposed to cocaine in New York City. Journal of the American Medical Medical Association, 270: 1581–1586.
Rogers F, Burne THJ, Eyles DW et al. (2004) Prenatal vitamin D deficiency causes behavioural changes in adult offspring: Evidence of dopaminergic dysregulation. Schizophrenia Research, 67, supplement 1: 48.

ROSE S, BISSON J, WESSELY S (2003) A systematic review of single-session psychological interventions (»debriefing«) following trauma. Psychotherapy and Psychosomatics, 72: 176–184.
SACKER A, DONE DJ, CROW TJ (1996) Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: A meta-analysis of case-control studies. Psychological Medicine, 26: 279–287.
SCULL AT (1979) Museums of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth-Century England. St. Martin's Press, New York.
SCULLY PJ, COAKLEY G, KINSELLA A et al. (1997) Psychopathology, executive (frontal) and general cognitive impairment in relation to duration of initially untreated versus subsequently treated psychosis in chronic schizophrenia. Psychological Medicine, 27: 1303–1310.
SPAUWEN J, KRABBENDAM L, LIEB R et al. (2004) Is urbanicity a sufficient cause for expression of psychosis? Schizophrenia Research, 67, Supplement 1: 17.
TSOI WF, WONG KE (1991) A 15-year follow-up study of Chinese schizophrenic patients. Acta Psychiatrica Scandinavica, 84: 217–220.
VAN EMMERIK AAP, KAMPHUIS JH, HULSBOSCH AM, EMMELKAMP PMG (2002) Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. Lancet, 360: 766–771.
VAN OS J, HANSSEN M, BIJL RV et al. (2001) Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: An urban-rural comparison. Archives of General Psychiatry, 58: 663–668.
WADDINGTON JL, YOUSSEF HA, KINSELLA A (1995) Sequential cross-sectional and 10-year prospective study of severe negative symptoms in relation to duration of initially untreated psychosis in chronic schizophrenia. Psychological Medicine, 25: 849–857.
WARNER R, DE GIROLAMO G (1995) Epidemiology of Mental Problems and Psychosocial Problems: Schizophrenia, World Health Organization, Geneva.
WARNER R (2000) The Environment of Schizophrenia: Innovations in Practice, Policy and Communications. Brunner-Routledge, London.
WARNER R, MCGORRY PD (2002) Consensus on early intervention in schizophrenia (letter). Schizophrenia Bulletin, 28: 543–544.
WYATT RJ, GREEN M.F., TUMA AH (1997) Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients. Psychological Medicine, 27: 261–268
ZUCKERMAN B, FRANK DA, HINGSON R et al. (1989) Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. New England Journal of Medicine 320: 762–768.

Förderung der seelischen Gesundheit und Prävention im Kindes- und Jugendalter

Jörg M. Fegert

Nach der Darstellung von einigen grundlegenden Prinzipien zur Einleitung in die Thematik, soll in diesem Beitrag vor allem auf Erziehungs- und Beziehungskompetenz als Schlüssel zu unterschiedlichen Ebenen der Prävention hingewiesen werden. Unterstützung von Erziehungskompetenz wird damit als Schlüssel sowohl zu universeller Prävention im Kindes- und Jugendalter als auch für spezifische, selektive Ansätze gesehen. Fragen der indizierten Intervention, der Diagnostik und Frühbehandlung, der Rückfallprophylaxe (Sekundärprävention) und der Rehabilitation und Teilhabeförderung (Tertiärprävention) werden auch mit Bezug auf ihren jeweiligen sozialrechtlichen Hintergrund und mit Blick auf ein neues zu schaffendes Präventionsgesetz diskutiert. Abschließend werden grundlegende ethische Fragen angesprochen und aktuelle fachpolitische Forderungen abgleitet.

Einleitung

Aus den Ergebnissen der Präventionsforschung (vgl. den Beitrag von WARNER in diesem Band) lassen sich einige grundlegende Prinzipien ableiten:

- (Erwachsenen-)Psychiatrische Primärprävention bedeutet häufig den Einsatz früher Interventionen, d.h. beispielsweise während der Schwangerschaft, in der Kleinkindzeit oder im Kindes- und Jugendalter.
- Die Förderung der seelischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter schließt stets Kinder und Jugendliche und ihre Eltern ein.
- Die Reziprozität kindlicher und elterlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse muss deshalb bei der Konzeption präventiver Ansätze berücksichtigt werden.
- Prävention im Kindes- und Jugendalter muss dem Entwicklungsaspekt Rechnung tragen und damit entwicklungsphasenadäquate Angebote schaffen.
- Indizierte Ansätze sollten auf eine Risiko- und Ressourcenanalyse aufbauen und sollten auch die Risiken der Stigmatisierung durch das Labeling von Personen als Mitglieder einer Risiko- oder Hochrisikogruppe mit bedenken.

Grundsätzlich sollten Präventionsansätze auf Freiwilligkeit der Teilnahme setzen. Allerdings können hier Interessenskonflikte zwischen Elterninteressen und den Interessen der Kinder und Jugendlichen bzw. der Interessen der

Gesamtgesellschaft auftreten. Zunächst soll die Förderung der Entwicklung und Erziehung, den Aufbau von Erziehungspartnerschaften außerhalb der Familie und die Frage der staatlichen Intervention bzw. Substitution bei mangelnder Erziehungsfähigkeit diskutiert werden. Im § 1 Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) heißt es: »Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.« Prävention dient als multimodale und interdisziplinäre Aufgabe der Förderung des Individuums *und* des Allgemeinwohls: In der frühen Kindheit wird der Fokus dabei auf der Eltern-Kindbeziehung liegen. Moderne bedingungstheoretische Ansätze haben die Praxis der Elternberatung für diese Zielgruppe zum Teil stark verändert und z.B. durch den Einsatz des Mediums des Videofeedbacks deutlich effizienter werden lassen. Während gerade sehr junge Mütter häufig extrem empfindlich auf »gute und gut gemeinte Ratschläge« reagieren, verschließen sie sich den klaren Signalen aus der Videoaufzeichnung nicht. Effektiv sind vor allem Ansätze, die positive Interaktionen, d.h. gelungenes »effect atunement« exemplarisch mit den Eltern herausarbeiten und verstärken (vgl. Ziegenhain et al. 2004). Neben der Unterstützung des Aufbaus einer frühen Bindungsbeziehung steht bei der Altersstufe frühe Kindheit der Ausgleich der Folgen körperlicher Risiken und psychosozialer Risiken im Vordergrund. Gerade wegen des Mangels an Kinderbetreuungsplätzen tritt häufig erst in der Kindergarten- und stets in der Schulzeit weitere Erziehungskompetenz an die Seite der Eltern. Erziehungspartnerschaften durch professionelle Erzieher, Lehrer etc. entstehen. Häufig nicht bedacht wird neben diesen offiziellen Angeboten und pädagogischen Ressourcen die Bedeutung weiterer Erziehungsressourcen, z.B. durch privat organisierte Kinderbetreuung durch Verwandte oder auch durch nicht muttersprachliche, häufig mehr oder weniger illegal beschäftigte »Kindermädchen« aus der dritten Welt oder den Staaten des ehemaligen Ostblocks. Nicht zu vernachlässigen ist auch die Bedeutung des Sektors der Freizeitangebote, wie z.B. durch Sportvereine, Musikvereine, die teilweise wesentlich zur Gestaltung des Tagesablaufes, aber auch zur Vermittlung erster sozialer Erfahrungen in Gruppen bei Kindern beitragen. Präventive Ansätze können und müssen deshalb nicht allein auf die Eltern-Kindbeziehung abzielen, sondern können alle hier genannten und eventuell auch nicht genannten Akteure im Rahmen weiterer Erziehungspartnerschaften mit einschließen.

Gerade bei Kindern, die z.B. durch eine körperliche Risikokonstellation mit einem Entwicklungshandicap geboren wurden, stellen frühe professionelle Hilfen, z.B. im Rahmen der *Frühförderung* eine wesentliche Ergänzung

und Unterstützung elterlicher Erziehungskompetenz dar. Durch die Neuregelung der Zuständigkeit für die Frühförderung im SGB IX ist kein befriedigender Zustand erreicht worden, wie die seither andauernde Debatte darüber zeigt. Die erheblichen Umsetzungsunterschiede in den einzelnen Bundesländern sind eher noch verstärkt worden, teilweise sind gut akzeptierte und integrierte Frühförderangebote von der Auflösung bedroht, sodass es dann gerade den Eltern der am schwersten benachteiligten Kinder überlassen bleibt, ihre Kinder zu mehreren unterschiedlichen Förderangeboten, wie z.B. Krankengymnastik, Logopädie etc. zu bringen, statt ein kombiniertes, adäquates Angebot für das Kind am besten in einer Integrations- oder Regeleinrichtung vorzuhalten.

In der *Schulzeit* gewinnt außerfamiliäre Erziehung immer stärker an Bedeutung. Häufig sind es Lehrer, welche frühzeitig Risiken oder Schwierigkeiten in der psychischen Entwicklung bei Kindern feststellen und Eltern auffordern oder beraten, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Je stärker die Kinder Selbstständigkeit entwickeln, umso stärker gewinnt die Peer Group als wichtiger Sozialisationsfaktor an Bedeutung. Peer education ist deshalb gerade im jugendlichen Alter ein wertvoller Präventionsansatz. Nicht zu vergessen sind bei Jugendlichen die Bedeutung von Ausbildern, Trainern etc. in Vorbildfunktion und der erhebliche Einfluss erster Sexualpartnerschaften.

Der wissenschaftliche Beirat des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat soeben ein interdisziplinäres Gutachten zu Fragen der Erziehung abgeschlossen. Auf Grund der erdrückenden Fülle von Befunden befürworten wir in diesem Gremium die Forderung der so genannten autoritativen Erziehung im Sinne von Baumrind (1971). Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass *»Freiheit in Grenzen«* die besten Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche bietet. Dieser Erziehungsstil, der Wertschätzung, Respekt, Anerkennung, Unterstützung, Freude am Miteinander ebenso einschließt wie Fördern und Grenzen setzen, bei gleichzeitiger Gewährung und Förderung von Eigenständigkeit ist dem Laisser-faire-Erziehungsstil und dem autoritären Erziehungsstil eindeutig überlegen. Es geht um eine Richtungsvorgabe für das Kind bei gleichzeitiger Förderung der Autonomieentwicklung. Insgesamt ist das Gremium der Ansicht, dass im Rahmen der Erziehungsförderung so wenig staatliche Interventionen wie möglich erfolgen sollten, dass aber andererseits in schwierigen problematischen Verhältnissen so viel Hilfe wie nötig gewährt werden muss. Es geht dabei um die Berücksichtigung protektiver Faktoren, genauso wie von Risikokonstellationen. Gerade bei der Planung und Koordinierung von Hilfen, müssen mögliche familiäre und außerfamiliäre Ressourcen, Berücksichtigung finden.

Die Genese psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, aber auch späterer psychischer Störungen im Erwachsenenalter, ist in den allermeisten Fälle multifaktoriell bedingt (vgl. Resch & Fegert 2004). Die individuelle *Vulnerabilität* ist zum Teil genetisch determiniert, wird aber zu einem großen Teil durch biopsychosoziale Einflüsse moderiert. Kindliche Risikofaktoren können z.B. biologisch, ökologisch, psychologisch (Temperament, Persönlichkeit, Bindung) und psychosozial sein. Die gleichen Faktoren können allerdings auch Schutzfaktoren sein. Gerade Temperament, überdurchschnittliche Intelligenz und positives Selbstwertgefühl haben sich in einer Fülle von Studien als Kriterien für eine so genannte »*Resilienz*« erwiesen. Darunter versteht man, dass es manche Kinder gibt, die unter zahlreichen Risikobedingungen aufwachsen, an denen dennoch sämtliche Risiken quasi wie an einer Imprägnierung abperlen. Häufig gelingt es solchen Kindern, sich auch außerhalb der Familien ein psychosoziales Klima zu erschaffen, welches durch Freundschaftsbeziehungen oder protektive Beziehungen, z.B. im Rahmen von Vereinszugehörigkeit etc., Defizite im Familienklima oder häuslichen Erziehungsstil kompensieren können. Selektive oder indizierte Prävention muss stets auf einer fundierten Analyse solcher *Risikokonstellationen* aufbauen. Dabei muss beachtet werden, dass Interventionen selbst auch Entwicklungsrisiken mit sich bringen können. Es erscheint deshalb unsinnig, immer neue, gut gemeinte Präventionsprogramme und Frühinterventionsprogramme aufzulegen, ohne die Effekte zu überprüfen. Generell kann postuliert werden, je früher interveniert wird, desto langfristiger müssen Effekte überprüft werden. Es geht nicht nur um positive Langzeiteffekte, sondern auch um Langzeitrisiken solcher Interventionen. Hierfür müssten allerdings auch zunächst gesetzliche Grundlagen geschaffen werden.

Die Debatte über *Eigennutzen, Gruppennutzen und Fremdnutzen* im Rahmen der derzeit laufenden 12. Novelle des Arzneimittelgesetzes zeigt, wie teilweise die dringend notwendige Überprüfung von Intervention und der Schutz einzelner Probanden konfligieren. Da bislang der direkte Nutzen der Studienprobanden de lege lata die Voraussetzung für die Teilnahme an einer Studie bei Kindern und Jugendlichen war und auch zukünftig wohl nur der so genannte Gruppennutzen im Sinne von »Benefit« für die Gruppe der Erkrankten als Begründung anerkannt werden wird, gibt es derzeit keine Möglichkeit, Interventionsansätze, die schon bei gesunden Probanden, die aber bestimmte Risikomerkmale oder Frühsymptome zeigen, welche aber noch nicht Krankheitswert haben, im medizinischen Rahmen durchzuführen. Im Rahmen der Debatte um ein Präventionsgesetz darf deshalb dieser bioethische Aspekt der wissenschaftlichen Überprüfung von Prävention bei

Kindern und Jugendlichen und seine medizinrechtlichen Folgen nicht vergessen werden. Seit geraumer Zeit sind verschiedene Juristen der Ansicht, dass das ursprünglich aus dem Polizeirecht stammende Arzneimittelgesetz, welches vor allem das in Verkehr Bringen von Arzneimitteln regeln soll, allgemein Forschungsrecht und Forschungsethik im medizinischen Bereich regulieren sollte. Dennoch richten sich die meisten Ethikkommissionen bei der Prüfung geplanter Studien nach den dortigen Vorgaben. Da der Bund für diesen Forschungsbereich keine Gesetzgebungskompetenz hat, andererseits aber divergierende Ländergesetze hier noch mehr Chaos verursachen würden, wird es wohl nötig sein, dass in unterschiedlichen Bundesgesetzen möglichst einheitliche Bestimmungen zum bioethischen Aspekt der Forschung enthalten sind. Eine Debatte hierüber ist mit Blick auf das Präventionsgesetz derzeit dringend anzumahnen.

Optimierung von Erziehungskompetenzen als zentrales Präventionsziel im Kindes- und Jugendalter

Die Abbildung von Mrazek und Haggerty (s. Abb. 1), welche ich für die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Suchtprävention in Deutschland einmal exemplarisch überarbeitet habe, um die unterschiedlichen Ressortzuständigkeiten zu verdeutlichen, mag zu Beginn dieses Abschnitts noch einmal einen Überblick über den Fächer von Präventionsangeboten geben und gleichzeitig exemplarisch verdeutlichen, dass Prävention im Kindes- und Jugendalter in der Regel eine Ressortgrenzen-überschreitende Aufgabe darstellt. Abgestimmte Programme und Kampagnen müssen deshalb konzeptierte Aktivitäten aus unterschiedlichen Ressourcen einbeziehen.

Versucht man die von Warner dargestellten, unterschiedlichen Ebenen der Präventionsansätze im Sinne des Konsensusstatements der WPA 2003 auf unsere Fragestellung zu übertragen, so kann man allgemeine universelle Ziele, selektive Ziele und indizierte Ziele unterscheiden.

Universelle Programme

Allgemein *universell* sollte, nach Ansicht des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen, die *Erziehungskompetenz* und die *Beziehungskompetenz* von Eltern durch Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen gesteigert werden. *Selektive* Ziele lassen sich zur Vorbeugung erwarteter kindlicher negativer Entwicklungsverläufe in Risikofamilien ableiten. *Indizierte* Prävention setzt dann ein, wenn Verhaltensauffälligkeiten bereits erkennbar sind und

Modifiziert nach: Muñoz R, Mrazek PJ, Haggerty RJ 1996. Institute of Medicine Report and Prevention of Mental Disorders. American Psychologist, 51, 1116–1122

Abb. 1: Der Fächer der Möglichkeiten in der Suchtprävention für Kinder und Jugendliche und die Schnittmengen der Zuständigkeiten

Symptomreduktion oder die Verhinderung der kompletten Manifestation einer Erkrankung, sowie die positive Beeinflussung der weiteren Entwicklung erreicht werden soll.

Derzeit finden sich eine Reihe von Programmen zur präventiven Erziehungsförderung. Eine wichtige Voraussetzung für solche Programme ist die Erreichbarkeit und leichte Zugänglichkeit (Heinrichs et al. 2002). Zentral ist eine Verbesserung der Rahmenbedingung für Kindheit in Deutschland. Dies betrifft die Wohnsituation, den Lebensstil, aber vor allem die Vereinbarkeit von Kindern und Berufstätigkeit. Die anstehende KJHG-Novelle im Rahmen des Tagesbetreuungsausbaugesetzes TAG (Stand 2.4.2004, Kabinettvorlage 14. Juli 2004) hat dieses Problem aufgegriffen. Allerdings zeigt die jüngste Entwicklung, dass die Finanzierungsprobleme und Streitigkeiten zwischen Bund, Ländern und Kommunen nicht so schnell gelöst werden können, sodass das Kabinett die Frage des Rechtsanspruchs außen vor gelassen hat. Vergleicht man aber z.B. die demographische Entwicklung in Frankreich und in Deutschland, so wird überdeutlich, dass sich hier Rahmenbedingungen für Elternschaft und Berufstätigkeit ändern müssen. Eine verbesserte (Ganz-) Tagesbetreuung stellt hier nur einen Teilaspekt dar. Auch die emotionale Akzeptanz und emotionale Unterstützung von Elternschaft und Berufstätigkeit in einer Gesellschaft, wie die soziale Absicherung vor erheblichen Risiken, z.B. durch die Betreuung eines behinderten Kindes, trägt

zur elterlichen Entscheidungsfindung bei. Im Gegensatz zur früheren DDR gibt es in der BRD kaum Möglichkeiten, Elternschaft und Berufsausbildung oder Studium vernünftig miteinander zu vereinbaren (vgl. Ausbildungsgutachten des wissenschaftlichen Beirates für Familienfragen 2004). Häufig geben sich gerade Akademikerinnen der Illusion hin, dass wenn sie erst den Studienabschluss geschafft haben werden, dann der Zeitpunkt für eine »Kinderphase« gekommen sei. In der Regel schließen sich aber dann aufwändige Postgraduierte für Spezialisierungen an, bzw. wird in der Wirtschaft massiver Einsatz gefordert, um im Berufsleben wirklich Fuß zu fassen. Die Perspektive für eine Familie mit Kindern rückt in immer weitere Ferne. Wenn, wie die Shell Jugendstudie zeigt, Jugendliche nach wie vor im familiären Lebensmodell ihren zentralen Lebensentwurf sehen, diesen aber immer weniger verwirklichen können, muss hier eine Veränderung von Rahmenbedingungen angestrebt werden.

Dies ist nicht allein aus volkswirtschaftlichen Gründen oder zur Absicherung der Rente notwendig, sondern auch für die Prävention im Sinne der psychischen Gesundheit ist das Vorhandensein gleichaltriger Kinder nicht ohne Bedeutung. Bedenkt man eine Weiterentwicklung der derzeitigen demographischen Entwicklung, werden sich Verhältnisse, wie z.B. in Mecklenburg-Vorpommern, wo in der Mittelschicht immer weniger Kinder geboren werden und Kinder immer stärker entweder ein Ausweis für Wohlstand oder für untere Schichtzugehörigkeit sind, in der Bundesrepublik verbreiten. Dies bedeutet dann, dass die *präventive Funktion der Peer-Group* immer seltener greifen kann, da das breite Mittelfeld dieser Gruppe wegbricht und vor allem Kinder aus Problemverhältnissen, Migrantenkinder und einige wenige Kinder wohlhabender Familien in den Schulen aufeinander treffen. Mancherorts hat dies schon zu weiteren Segregationswünschen geführt, sodass wohlhabende Eltern ihre Kinder auf Privatschulen anmelden. Wer dies allein als »spiel nicht mit den Schmuddelkindern-Reflex« abtun will, negiert die nicht erst durch die Pisastudie manifest gewordenen Integrationsprobleme und den psychosozialen Sprengstoff, den solche Grundschulklassen in sich bergen, in denen deutschsprachiger Unterricht nur für eine kleine Minderheit muttersprachlichen Unterricht darstellt. Zwar ist nach dem so genannten Pisaschock viel über die bessere Förderung kindlicher Ausgangslagen, die Förderung der Kognition, der Sprachkompetenz, der sozialen Kompetenz und der allgemeinen Kommunikationsfähigkeit geredet worden, allerdings hat sich bislang nur wenig geändert. Sicherlich ist es aus präventiver Sicht nicht immer sinnvoll, nur auf eine Generation abzuzielen. Mischformen – die sowohl elterliche Rahmenbedingungen, wie auch die kindlichen Ausgangslagen an-

gehen, so genannte Zweigenerationenprogramme (vgl. Scheithauer & Petermann 2000), können hier am erfolgsversprechendsten sein.

Auch in Deutschland haben sich in den letzten Jahren *selektive Interventionen für Hochrisikogruppen* entwickelt. Zu denken ist z.B. an die Interventionsprogramme für Frühgeborene (vgl. Kang et al. 1995, Rau et al. 1999, Fegert 2000b). Bindungstheoretisch fundierte und erziehungswissenschaftlich fundierte Programme, Steigerung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz wurden entwickelt. So z.B. das STEEP-Programm; Steps Toward Effective Enjoyable Parenting (Egeland & Erickson 1985), das entwicklungspsychologische Beratungsmodell (Ziegenhain et al. 1999) oder elternzentrierte Interventionen wie das Triple P; Positiv Parenting Program (Sanders 1999), welches zum Teil auch in Deutschland evaluiert worden ist. Dieses Programm ist deshalb hervorzuheben, da es je nach Einsatzbereich Aspekte universeller, indizierter und selektiver Prävention beinhaltet. Seine Wirksamkeit ist auch für Unterschichtsfamilien, die z.B. ihre Kinder vernachlässigten oder misshandelten, belegt. Wenn es also gelingt, die Adressaten zu erreichen, ist mit diesem Programm auch eine effektive Intervention bei so genannten Randgruppen möglich, die häufig von den üblichen Programmen nicht erreicht werden. Lösel et al. (2000) haben ein Elterntraining zur Förderung der Erziehungskompetenzen und sozialen Fertigkeiten in der Familie vorgestellt. Schneewind wählte einen modernen Ansatz, indem er mit seiner Arbeitsgruppe eine CD-Rom »Freiheit in Grenzen« zum interaktiven Training für Eltern herausgebracht hat (Schneewind 2003 vom BMFFSJ gefördert).

Selektive Programme

Ebenso wie bei den universellen Programmen sind hier zunächst bindungstheoretisch fundierte Ansätze, z.B. präventive Angebote für Paare in Konfliktsituationen oder Interventionsprogramme für Eltern (Webster-Stratton & Hancock 1998) wie auch das Bindungsberatungsmodell (Ziegenhain 1999/2004, gefördert vom BMFFJ) zu nennen. Die Vermittlung von Stressbewältigungsstrategien für Eltern spielt ebenfalls eine zentrale Rolle bei der selektiven Prävention. Schulbasierte Interventionen, wie z.B. in Deutschland in der Grundschule das Programm »Fit und stark fürs Leben« (Aßhauer & Hahnewinkel 2000) haben das Ziel, die Selbstwahrnehmung, das Einfühlungsvermögen, Körperbewusstsein und gesundheitsrelevantes Wissen zu steigern.

Indizierte Programme zur Reduktion von aggressivem und expansivem Problemverhalten

Im Süden Deutschlands weit verbreitet ist mittlerweile das von Cierpka entwickelte Programm »Faustlos«, welches einen Übergang zur Behandlung und Frühintervention im Schulklassenrahmen darstellt. Als deutsches Beispiel wäre des Weiteren das Präventionsprogramm für expansives Problemverhalten (PEP) von Wolff Metternich et al. (2002) zu nennen. In der Zukunft wird es häufiger darum gehen, bei indizierten Programmen auch die Kombination psychosozialer Intervention und medikamentöser Behandlung in Betracht zu ziehen. Hierfür gibt es in Deutschland derzeit keinerlei Fördermechanismen.

Die Pharmaindustrie hat kein primäres Interesse, die kombinierte Wirkung ihrer Medikamente zusammen mit psychosozialen Interventionen zu überprüfen. Dies ist aber die Realität des praktischen Einsatzes. In den USA wird deshalb von staatlicher Seite, insbesondere über das National Institut of Mental Health, sehr viel zur Erforschung kombinierter oder allein psychosozialer Ansätze ausgegeben (vgl. Vitiello et al. 2004). Unsere Analyse notwendiger Forschungsschwerpunkte auf der industriellen und auf der staatlichen Seite, wie auch von Seiten möglicher anderer geldgebender Stiftungen etc. belegt eindeutig das derzeitige europäische und insbesondere deutsche Manko in diesem Bereich. Erste zaghafte Versuche der DFG und des BMBF, nicht nur Grundlagenforschung, sondern auch klinisch angewandte Therapieforschung zu fördern, sind zwar zu begrüßen, sie können allerdings nur einen Anfang darstellen. Beispielhaft ist die amerikanische MTA Studie zur Behandlung hyperkinetischer Kinder oder eine derzeit vom NIMH durchgeführte Studie an Vorschulkindern, welche in einem zweistufigen Design die Kombination von Elterntrainings z.B. mit medikamentöser Behandlung mit Methylphenidat durchführt.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass auch bei indizierten Programmen zur Reduktion von Problemverhalten zwar die Indikation meist bei einem Problem des Kindes liegt, die Interventionsebenen Kind, Eltern oder das psychosoziale Umfeld bzw. die Kombination dieser Faktoren einschließt.

Prävention in generellen Risikosituationen, die Kinder und Jugendliche betreffen

Universelle Prävention mit Blick auf ein spezifisches Risiko

In den letzten Jahren hat man auch in der Bundesrepublik versucht, verschiedene spezifische Risiken, wie z. B. Verkehrsunfallrisiken, riskantes Sexualverhalten, die Gefahren der Sucht oder die Gefahren von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch, durch spezifische präventive Ansätze anzugehen. Eck & Lohaus (1993) evaluierten ein Programm zur Verhütung von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch für Kindergartenkinder im Alter von vier bis sechs Jahren. Eine Übersicht über die verschiedenen Ansätze in der Suchtprävention geben Fegert 2004, Hurrelmann 2004, Hurrelmann & Bründel 1997, Schmidt & Hurrelmann 2000.

Präventionsansätze in spezifischen Risikosituationen

Sehr junge und/oder psychisch kranke Mütter

Es ist allgemein bekannt, dass Kinder sehr junger Mütter und Kinder psychisch kranker Mütter insbesondere dann besonders gefährdet sind, wenn diese Mütter ihre Kinder allein erziehen. Prävention psychischer Erkrankungen oder Folgen von Vernachlässigung dieser Kinder kann hier zunächst einmal in Information sowie Beratung und Training der Mütter bestehen (vgl. Ziegenhain et al. 1999, 2003 und 2004). Diese Mütter benötigen häufig aber auch Unterstützung bei der Inanspruchnahme koordinierter Hilfen (vgl. Fegert & Ziegenhain 2003). Es ist wichtig, diese häufig stark belasteten allein erziehenden Mütter in die Lage zu versetzen, wenigstens Basisbedürfnisse ihrer Kinder zu erfüllen. Gelingt es nicht, auch mit externer Hilfe, dieses Ziel zu erreichen, muss an eine Ergänzung bzw. Supplementation von Erziehungskapazität gedacht werden. Abbildung 2 gibt eine Übersicht über die kindlichen Basisbedürfnisse und ihre Verankerung in der UN-Kinderrechtskonvention. Neben schweren psychischen Erkrankungen der Betreuungsperson, Sucht- und Drogenkonsum, Depression, Suizidalität, Schizophrenie sind auch häufige Wechsel des Betreuungssettings, schwere sozioökonomische Belastung oder Stigmatisierung als Angehörige z. B. einer Migrantengruppe, Belastungen durch Trennungsfolgen, erzwungener Umgang etc. mögliche Risikofaktoren, die Anlass zum präventiven Handeln geben können.

Basic need	UN-Kinderrechtskonvention
Liebe und Akzeptanz	Präambel, Art. 6; Art. 12, 13, 14
Ernährung und Versorgung	Art. 27, Art. 26, Art. 32
Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller, emotionaler und sexueller Ausbeutung	Art. 16, Art. 19, Art. 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40
Bindung und soziale Beziehungen	Art. 8, 9, 10, 11; Art. 20, 21, 22
Gesundheit	Art. 24, 25, 23, 33
Wissen und Bildung	Art. 17; Art. 28, 29, 30, 31

Abb. 2: Kindliche Basisbedürfnisse und die Berücksichtigung dieser Tatsachen in der UN-Kinderrechtskonvention

Traumata

In Bezug auf die Belastungen durch vorausgegangene Traumata gibt es verschiedene, zum Teil sehr effektive Ansätze. Zunächst gilt es zwei Arten von Traumata nach Terr 1991 zu unterscheiden.

- Typ I: Hierbei handelt es sich um ein kurz dauerndes traumatisches Ereignis; traumatische Ereignisse häufig mit starker öffentlicher Beachtung, wenig Scham oder Geheimhaltung wie Naturkatastrophen, Unfälle, Gewalttaten, wie z. B. das Schulmassaker in Erfurt oder technische Katastrophen, wie Seil- oder Bergbahnunfälle etc.
- Typ II: Hierbei handelt es sich um chronisch traumatisches Erleben, wie im Rahmen von Kindesmisshandlungen, sexuellem Missbrauch, Krieg, Flucht und Folter.

Eine Arbeitsgruppe der EU hat sich vor allem über psychosoziale Unterstützung bei spektakulären Massenereignissen auseinander gesetzt (psychosozial supporting situations of mass emergency; Brussels, Belgium 2001 http://helf.fgov.be/mem2000.htm). Generell wird in diesem EU-Papier nicht von Opfern, sondern von Betroffenen (people affected) gesprochen. Unterschieden wird die Vorgehensweise in der Akutphase, wo es um generelle Reaktionen, Information und Transparenz geht, in der Transitionsphase, wo es darum geht, Risikopersonen für eine spätere posttraumatische Belastungsstörung zu erkennen und in der Langzeitphase, wo es dann um therapeutische Interventionen für tatsächlich Erkrankte geht.

In NRW wurden z.B. entsprechende Traumaambulanzen zur Abklärung nach dem Opferentschädigungsgesetz etabliert. Kinderschutzinterventionen sollen häufig einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Typ-

II-Trauma vorbeugen. Leider gibt es allgemein einen Mangel an Evaluation, da es kaum kontrollierte Studien gibt.

In Bezug auf die *Primärprävention* von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung kann festgestellt werden, dass das System der Homevisitors vor allem bei jungen Eltern aus Risikogruppen zu einer besseren Eltern-Kindbeziehung geführt hat und zu einer geringeren Inzidenz körperlicher Misshandlung (4 % vs. 19 % in der Studie Daro & Gelles 1992). Bei flächendeckendem Programm gelang es dem Gegenüber deutlich schlechter, den Wirksamkeitsnachweis primärpräventiver Programme zu erbringen (Daro & McCurdy 1996, Gomby et al. 1999).

Betrachtet man nun *sekundärpräventive* Ansätze, so kann man feststellen, dass die kontinuierliche Anbindung an einen Sozialdienst in Risikogruppen das Misshandlungsrisiko um 33 % reduzieren konnte (Zuravin, McMillen, DePanfilis & Risley-Curtiss 2002), für die psychotherapeutischen Ansätze nach sexuellem Missbrauch gibt es bislang noch kaum Evidenz. Häufig existiert aggressives und sexualisiertes Verhalten, auch wenn eine anfängliche Symptomarmut einen quasi folgenlosen Ausgang vortäuschen mag. Alle Übersichten zu Spätfolgen (vgl. z.B. Fergusson et al.) zeigen, dass prospektiv deutlich erhöhte Risiken für psychische Störungen bei missbrauchten und misshandelten Kindern bestehen. Ehemals misshandelte Kinder sind aber auch eine wichtige Hochrisikogruppe für Interventionen, die ihr eigenes Erziehungsverhalten verbessern sollen. Pears & Capaldi (2001) zeigen bei einer Studie von 109 Eltern und ihren männlichen Kindern, dass die Transmissionsrate von Kindesmisshandlung von der einen auf die nächste Generation 23 % beträgt. Dies ist eine übereinstimmende Größenordnung im Vergleich mit der Studie von Kaufman & Zigler (1987), wo die Rate 30 % betrug. Eltern, welche misshandelten, waren doppelt so häufig selbst misshandelt worden; Eltern, die mehrfach missbraucht worden waren und dabei körperliche Gewalt erfahren hatten, zeigten das höchste Risiko, selbst zu misshandeln. In ihrer Studie brachten die Autoren verschiedene Faktoren in einen modellhaften Zusammenhang und zeigten, dass die elterliche Misshandlungsvorgeschichte sowohl eine im Durchschnitt frühere Elternschaft, wie die elterliche Psychopathologie, wie auch das inkonsequente Erziehungsverhalten der Eltern mit vorhersagt. Alle drei Faktoren haben zusammen mit dem sozioökonomischen Status wiederum Einfluss auf die elterliche Misshandlungsneigung, die aber ebenfalls durch kindliche Faktoren, wie z.B. frühe Entwicklungsprobleme beim Kind mit beeinflusst wird. Dieses statistisch abgesicherte Modell (vgl. Abbildung 3) macht deutlich, dass es bei dem Versuch der Prävention am einfachsten sein wird, sich auf das

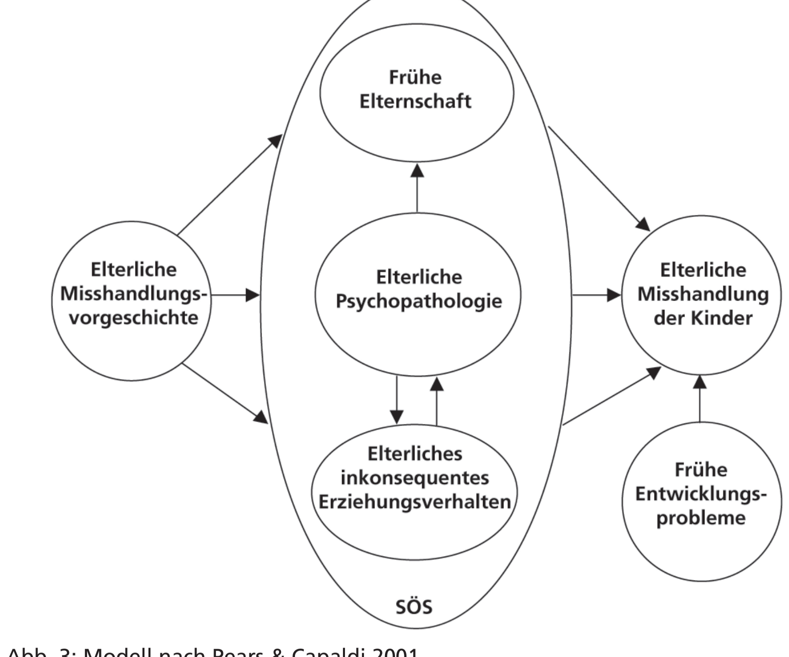


Abb. 3: Modell nach Pears & Capaldi 2001

elterliche Erziehungsverhalten zu konzentrieren und damit das Misshandlungsrisiko für die Kinder in der nächsten Generation zu reduzieren. Bei einer Studie zum intergenerationalen sexuellen Missbrauch untersuchten McCloskey & Bailey (2000) 79 Mädchen mit einem Durchschnittsalter von neun Jahren. Die Daten sind nicht repräsentativ, denn in der Untersuchung wurde gezielt ein oversampling in Bezug auf häusliche Gewalt vorgenommen. Getrennte Interviews wurden mit Müttern und Töchtern durchgeführt, 18 % der in die Studie eingeschlossenen Mädchen waren sexuell missbraucht worden. Es zeigte sich, dass Mädchen, deren Mütter missbraucht worden waren, ein 3,6-fach höheres Risiko hatten, auch missbraucht zu werden. Traten mütterliche Missbrauchserfahrung und mütterlicher Drogenkonsum gemeinsam auf, hatten die Mädchen ein 23,7-fach erhöhtes Risiko, das heißt 83 % der Töchter aus dieser Gruppe wurden missbraucht. Waren die Mütter »nur« Drogenkonsumentinnen, ohne selbst missbraucht worden zu sein, war das Risiko in dieser Gruppe nicht signifikant erhöht. Diese Studie zeigt, wie wichtig es ist, auch die Kombination von bestimmten Risikofaktoren zu beachten und deshalb bestimmte Gruppeneffekte nicht überzubewerten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass wenn Eltern ein stabiles Erziehungsverhalten zeigen, das Misshandlungsrisiko geringer ist, selbst wenn sie selbst massiv misshandelt worden waren. Das höchste Risiko besteht dann, wenn ein chaotischer Erziehungsstil mit kindlicher Erziehungsschwierigkeit und schwerer Misshandlungsvorgeschichte zusammenkommen. Präventive Interventionen sind am ehesten auf der Beziehungs- und Erziehungsebene möglich. (Siehe vorne bzw. Beitrag Warner zu den aufsuchenden Projekten auf Gemeindeebene.)

Neben der Förderung der Rahmenbedingungen von Kindheit und der Förderung günstigen Erziehungsverhaltens (s. o.) gibt es eine Reihe von Kampagnen, welche eher universell primär suchtpräventiven Zielen dienen. Hierzu zählt z.B. die Kampagne »Kinder stark machen« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, welche als Basis die Kooperation mit dem Breitensport gewählt hat. Stärker selektiv sind Kampagnen wie z.B. »Bist du stärker als Alkohol?« welche speziell sich an Jugendliche auf Sommerreisen wendet oder die Jugendkampagne »Rauchfrei«. Auch die neuen Medien, insbesondere das Internet, haben ihren spezifischen Platz in der Suchtprävention gefunden, so gibt es überregionale und regionale internetbasierte Plattformen.

Risikoerkennung als Voraussetzung

Die (Früh-)Erkennung von Hochrisikogruppen ist die Voraussetzung für selektive und indizierte Ansätze der Prävention. Die Gefahr dabei besteht in der möglichen Stigmatisierung der betroffenen Gruppen. Häufiges Problem besteht in der Erreichbarkeit von identifizierten Hochrisikogruppen. So ist der erste wissenschaftlich notwendige Beweis, der z.B. durch ein Modellprojekt zu erbringen ist, dass eine bestimmte Zielgruppe, die von den bisherigen Angeboten nicht erreicht wurde, durch ein spezifisches Angebot überhaupt erreicht werden kann. Solche Modellprojekte belegen die »feasibility« des gewählten Zugangs, in der Regel aber nicht dessen Effizienz. Bevor hier einige Beispiele aus der derzeitigen Praxis in der BRD genannt werden, sollen zunächst die entwicklungspsychopathologischen Voraussetzungen zur Beschreibung von Risiken dargestellt werden. Betrachtet man die multiplen Bedingungen, die zur Entwicklung einer Suchterkrankung bzw. zu einer besonderen Resilienz (s.o.) in Bezug auf das Suchtrisiko führen, so muss man zunächst individuelle Faktoren der Vulnerabilität bzw. Resilienz nennen. Das Konzept der Resilienz wurde von den großen Risikoforschern, insbesondere Emmy Werner eingeführt. Es bezeichnet die Tatsache, dass an manchen Per-

sonen trotz des offenkundigen Bestehens multipler Risiken, diese Belastungen scheinbar wie an einer Imprägnierung abperlen, während andere, weniger resiliente Individuen trotz geringerer beschreibbarer Risiken eine erhöhte Vulnerabilität zeigen. Diese Vulnerabilität bzw. Resilienz ist zum Teil genetisch determiniert. Temperament und andere kindliche Variablen, aber auch biopsychosoziale Einflüsse scheinen eine erhebliche Rolle zu spielen.

Nicht zuletzt die derzeit in der BRD verstärkt diskutierte Aussiedlerproblematik unterstreicht die wiederholt auch in großen Studien der Weltgesundheitsorganisation nachgewiesene Risikobelastung von Migrantenpopulationen. Welche Hochrisikosituationen für eine spätere Suchtentwicklung bei Kindern könnten aufgrund der vorliegenden Befunde also primär in den Blick genommen werden? Zunächst Situationen, in denen Kinder mit einem oder zwei Elternteilen mit einer schweren psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung aufwachsen, dann Situationen, in denen die Kinder selbst psychiatrisch erkrankt sind. Hier sind primär Störungen des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrome sowie Essstörungen und posttraumatische Belastungssituationen zu nennen. Des Weiteren müssten die zunehmenden Persönlichkeitsentwicklungsstörungen im Sinne der cluster B personality disorder nach DSM IV Erwähnung finden. Sozioökonomische Belastungen, Stigmatisierung, häufiger Wechsel des Betreuungssettings, Belastung durch Trennungsfolgen, Belastung durch Traumata und insbesondere auch Belastung durch Migration sind klar identifizierbare Risiken. So zeigten z.B. Fergusson und andere (1996a + b) anhand einer von der Geburt bis ins Erwachsenenalter nachuntersuchten Geburtskohorte, dass bis zum Alter von 16 Jahren, 17,3 % der Mädchen und 3,4 % der Jungen sexuell missbraucht worden waren. Ein nicht unerheblicher Anteil der Taten betraf schwere Missbrauchsformen mit Penetration, 5,6 % der Mädchen und 1,4 % der Jungen. Insgesamt zeigte sich ein zwölffach erhöhtes Risiko der betroffenen Kinder, irgendwelche psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Das Risiko, bis zum Erwachsenenalter eine Alkoholabhängigkeit oder einen anderen Substanzabusus entwickelt zu haben, war im Vergleich zu den nicht Missbrauchten um das knapp Dreifache gesteigert, bei den mit Penetration missbrauchten Mädchen und Jungen sogar auf das knapp Siebenfache. Die neuere Forschung zu sexuellem Missbrauch über Generationen hinweg hat auch die spezifischen Suchtrisiken stärker betrachtet. McCloskey und Bailey (2000) untersuchten 179 Mädchen, Durchschnittsalter circa neun Jahre und versuchten, primär Kinder aus Milieus, in denen häusliche Gewalt bekannt war, zu erreichen. Mädchen, deren Mütter missbraucht worden waren, hatten ein 3,6-fach erhöhtes Risiko, auch missbraucht zu werden. Trat aber die Kombinati-

on mütterlicher Missbrauchserfahrung und mütterlichem Drogenkonsum auf, so hatten die Mädchen ein 23,7-fach erhöhtes Risiko, selbst missbraucht zu werden, d.h., 83 % der Töchter aus dieser Gruppe wurden missbraucht und haben, wie die Literatur zeigt, selbst dann wieder ein erhöhtes Risiko einer Suchtentwicklung und besonders wenige Möglichkeiten, ihre Kinder vor erneuter Gewalterfahrung zu schützen. Dieses Beispiel macht besonders deutlich, dass Steigerung der Erziehungskompetenz nicht nur als primär präventiver Ansatz für die Allgemeinbevölkerung, sondern gerade in erkennbaren Hochrisikokonstellationen essentiell ist, wenn man nicht einfach hinnehmen will, dass die Kombination von Erziehungsgewalt und Missbrauch und Suchterkrankung von Generation zu Generation weitergegeben werden.

Viele Kinder, die früh Vernachlässigungs-, Misshandlungs- oder Missbrauchserfahrung oder andere Erziehungsdefizite erleiden mussten, werden zu ihrem Schutz in Institutionen untergebracht. Heimkinder und Pflegekinder sind somit per Definition Hochrisikogruppen. In einer laufenden Untersuchung, der Ulmer Heimkinderstudie, untersuchten wir mehrere hundert Kinder und Jugendliche in (süd-)württembergischen Heimen, zunächst mit verschiedenen Screeninginstrumenten. Hochsignifikante Unterschiede zur Normpopulation fanden wir bei Auswertung der CBCL Subskalen von 464 Heimkindern, insbesondere in Bezug auf Aufmerksamkeitsprobleme, dissoziale Probleme und aggressive Verhaltensweisen. Nun ist aus der Literatur bekannt, dass gerade diese drei genannten, externalisierenden Verhaltensproblemgruppen besonders häufig mit der Entstehung von Suchtproblemen kombiniert sind. In der Child Behavior Checklist bzw. der entsprechenden Youth Self Report Form wird bei Item Nr. 105 direkt nach Alkohol- und Drogenkonsum gefragt. Bei knapp 20 % der Kinder- und Jugendlichen in Heimen meinten die Erzieher, dass die Feststellung einer solchen Problematik etwas zutreffend sei, bei deutlich über 10 % waren sie sich sogar ganz sicher (n = 464). Betrachtet man die Eigenangaben der Jugendlichen (11–18, n = 299), dann liegen die Werte sogar noch höher. 261 Jugendliche waren nach dem Screening mit der CBCL behandlungsbedürftig verhaltensauffällig. Diese Jugendlichen wurden näher in einem persönlichen Interview und einer Untersuchung diagnostiziert. Bei circa 8% dieser Jugendlichen fand sich nach den Definitionen der ICD-10 ein Alkohol- oder Drogenmissbrauch. Zwei befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt, d.h. nach Abschluss des Screenings, in einer stationären Suchttherapie. Diese Zahlen belegen, dass die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Suchthilfesystem dringend erforderlich ist. Eine erste bundesweite, ressortübergreifende Tagung zu dieser Thematik wurde 2001 (Dialog und

Kooperation von Jugendhilfe und Drogenhilfe) in Berlin durchgeführt (Fegert 2001a, 2001b).

Für diese Hochrisikopopulation in Einrichtungen und Angeboten der Jugendhilfe gibt es trotz einzelner, nennenswerter Projekte generell noch keine Verbesserung der Versorgungslage. Primär zeigt die hier kurz genannte, noch nicht abgeschlossene Untersuchung an Heimkindern, dass solche Spezialpopulationen – die bei den großen epidemiologischen Surveys, die immer familienbasiert durchgeführt werden, überhaupt nicht betrachtet werden – den Schlüssel für gezielte, ressortübergreifende Angebote darstellen können.

Möglichkeiten der indizierten Prävention

Möglichkeiten der indizierten und/oder sekundär- bzw. tertiärpräventiven Intervention in der BRD bauen also auf der wissenschaftlichen Erhebung bestimmter Hochrisikokonstellationen auf. Einleitend sind bei dieser Veranstaltung aktuelle Umfrageergebnisse präsentiert worden. Die neuen, vom BGMS geförderten Untersuchungen, gerade zum »binge drinking« Jugendlicher, haben eine drastische Zunahme, gerade bei den Mädchen, durch das Auftauchen der Alkopops nachgewiesen. Neben restriktiven gesetzgeberischen Maßnahmen im Sinne einer spezifischen Besteuerung etc. hat auch das Projekt H.A.L.T. hier einen indiziert präventiven Ansatz. Das Bundesmodellprojekt Designerdrogensprechstunde, welches von mir in meiner damaligen Leitungsfunktion am Zentrum für Nervenheilkunde in Rostock beantragt wurde und von meinem damaligen Oberarzt und jetzigen Nachfolger, Herrn Prof. Häßler, 2004 zu Ende geführt wurde, erreichte Adressaten durch ein spezielles Angebot des »check ups«, welches die selbstbestimmte Hilfeinanspruchnahme durchaus auch im Sinne einer harm reduction und im Sinne der Förderung von Autonomie und Motivation in den Vordergrund stellte. Schon die ersten Auswertungen (Nordbeck et al. 2000) zeigten, dass neben den Adressaten mit Probierkonsum, vor allem Jugendliche mit komorbiden psychischen Störungen, und hierbei insbesondere Störungen des Sozialverhaltens und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, erreicht wurde. Teilweise schien vor allem bei Mädchen der Designerdrogenkonsum auch im Sinne einer Selbstmedikation oder Lifestyle-Unterstützung benutzt zu werden, diente er doch teilweise zur Behandlung einer nicht diagnostizierten hyperkinetischen Störung und führte wenigstens kurzfristig zu einer schulischen Stabilisierung. Bei anderen Mädchen waren die appetitzügelnden und enactogenen Wirkkomponenten der Designerdrogen durchaus erwünscht und teilweise gezielt eingesetzt worden. Insofern erscheint es wichtig, Sekun-

där- und Tertiärprävention nicht nur von der Suchtseite her zu definieren, sondern auch zu Grunde liegende oder komorbide psychische Erkrankungen als Hochrisikokonstellationen ernst zu nehmen.

Das Programm FreD (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) zeigt, dass auch eine systemübergreifende Zusammenarbeit mit Polizei und Justiz Ziel führend sein kann. Hauptzuweiser und Identifikatoren der Risiken sind hier die Polizei mit 49,1 % und die Jugendgerichtshilfe mit 23,3 %. Andere, ebenfalls staatlich geförderte Modellprogramme, wie z.B. inside@school, versuchen, innerhalb von Schulen bestimmte Hochrisikogruppen zu erreichen. Jugendliche Spätaussiedler sind in den letzten Jahren stärker in den Fokus der Betrachtung getreten. Verschiedene Modellprojekte versuchen, diese Adressaten zu erreichen und über den Weg einer besseren Integration auch suchtpräventiv zu wirken. Darüber hinaus sind auch motivationsfördernde stationäre Behandlungsansätze und spezielle Entgiftungsangebote für Jugendliche entwickelt worden, die den spezifischen Bedingungen des Jugendalters, d.h. auch der Notwendigkeit einer schulischen oder beruflichen Ausbildung Rechnung tragen. Das Modellprojekt Clean Kick in der Weissenau konnte in den ersten zwei Jahren des Bestehens, wie unser Zwischenbericht zeigt (Metzger et al. 2004), weit über 90 % der Adressaten ohne Einsatz von Zwang oder Geschlossenheit behandeln. Gerade die Effekte in Bezug auf die Wiederaufnahme von Ausbildungszusammenhängen sind ermutigend, wenn auch Abstinenz durchaus nicht immer erzielt wurde. Immerhin sind die ersten Berichtszahlen so eindeutig, dass sowohl der Bedarf wie auch der relative Erfolg in einer Einjahres- und Zweijahreskatamnese, die Planungsverantwortlichen in Baden-Württemberg veranlasst haben, eine zweite solche Einrichtung für das Land zu errichten. An anderen Orten sind kombinierte und integrierte Behandlungsansätze in Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe entstanden (z.B. Hannover, Leipzig, etc.). Dennoch muss hier kritisch festgestellt werden, dass die multiplen Unklarheiten der Zuständigkeit zu entscheidenden Versorgungslücken bei der Sekundär- und Tertiärprävention von Jugendlichen führen, da die wesentlichen Akteure im Erwachsenenalter im Jugendlichenalter nicht primär zuständig sind.

Das vom BMBF im Rahmen der Suchtnetzwerke geförderte Teilprojekt EARLINT (Barnow et al. 2004), welches im Nordosten Deutschlands angesiedelt ist und an dessen ursprünglicher Antragstellung ich noch von Rostock aus beteiligt war, untersucht Kinder suchtkranker Eltern, unter anderem als eine Hochrisikoadressatengruppe. Erste Ergebnisse zu Einfluss von Temperament, Alkoholwirksamkeitserwartungen und Bezugsgruppe, auf

Trinkmenge und Alkoholprobleme im Jugendalter liegen nun aus dieser Teiluntersuchung vor. Wenn auch sehr heterogen, so sind doch die bisher erwähnten Präventionsansätze primär als psychosoziale Interventionen häufig mit Aufklärungs- und Informationscharakter zu bezeichnen.

Somatische Interventionen, z.B. im Sinne der »harmreduction«, sind derzeit in der BRD noch eher selten, doch lässt sich aufgrund der Datenlage durchaus auch über möglicherweise präventive Wirkungen einer medikamentösen Behandlung bestimmter Grunderkrankungen diskutieren. Da zur Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung derzeit primär Substanzen eingesetzt werden, die selbst als Psychostimulanzien unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, ist in der BRD wie international das Langzeitrisiko dieser Behandlung bzw. mögliche protektive Effekte einer solchen Behandlung zentral in das Interesse der Öffentlichkeit gerückt. Zuletzt ist beim NCDEU Meeting 2004 von verschiedenen Autoren eine Übersicht über die wahrscheinlich längst noch nicht abgeschlossene Debatte zu Suchtrisiken geführt worden. Dennoch häufen sich die Anzeichen dafür, dass unbehandelte Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätssyndrome mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suchterkrankungen einhergehen (Biederman 1999/52 % vs. 27 %). Die gleiche Arbeitsgruppe fand, dass die Behandlung mit Methylphenidat (Handelsname z.B. Ritalin) das Substanzmissbrauchsrisiko bei einem 4-Jahres follow-up um 85 % reduzierte. Andere Autoren sehen dies kritischer, obwohl auch andere Studien wenigstens zeitweise protektive Effekte der Stimulanzienbehandlung feststellten.

Für Deutschland z.B. die vom Robert-Koch-Institut in Auftrag gegebene Studie an der Charité in Berlin, unter der Leitung von Michael Huss, deren Ergebnisse zum großen Teil aber leider noch unveröffentlicht sind. Ähnlich wie Huss vertritt auch Whalen (2003) die Ansicht, dass die Behandlung der Aufmerksamkeits-Defizit-Störung den Einstieg ins Zigarettenrauchen verzögert oder verhindert und damit insgesamt das Risiko einer Suchtkarriere reduziert. Betrachtet man die enorme regionale Heterogenität der Methylphenidatverordnung in der Bundesrepublik (vgl. Bericht Fegert et al. im Auftrag des BMGS mit Daten der Gmünder Ersatzkasse 2002), so lässt sich durchaus die Frage stellen, ob hier einer Hochrisikopopulation nicht teilweise die bestmögliche störungsspezifische Prävention vorenthalten wird, während anderenorts vielleicht Kinder unnötiger Weise mit Psychostimulanzien behandelt werden, die bei einer eindeutigen fachärztlichen Diagnostik gar nicht einer solchen Behandlung bedurft hätten. Insofern ist es zu begrüßen, dass der Bund eine vertiefte Untersuchung dieser regionalen Disparitäten und der diagnostischen Absicherung des Verordnungsverhaltens fördern will.

Suizidprävention

In Deutschland ist im Rahmen des Kompetenznetzwerkes Depression unter der Leitung von Hegerl (München) z.B. in Nürnberg eine differenzielle präventive Strategie erarbeitet worden, die sowohl universelle Öffentlichkeitsarbeit wie spezifische Information für Hochrisikogruppen, mögliche Betreuer und die Vernetzung der lokalen Ansätze ermöglicht. Erste Auswertungen zeigen, dass dieser Ansatz wohl einen deutlichen Erfolg im Sinne einer Reduktion von erfolgreichen Suiziden gezeigt hat. Derzeit arbeitet eine Arbeitsgruppe der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände an politischen Forderungen zur Suizidprävention, diese sollen im Herbst des Jahres vorgestellt werden. Mitglieder sind unter anderem: Professor Resch, für die deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Dr. Jungmann, für die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schaffer hat im Rahmen der aktuellen Debatte und im Einsatz von SSRIs bei einem Hearing der FDA in den USA die Frage aufgeworfen, ob der breitere Einsatz von SSRI bei Kindern und Jugendlichen nicht die wirksamste Suizidprävention darstelle. Zum Beleg stützt er sich auf amerikanische Suizidraten der 15–24-Jährigen und zeigt, dass es seit 1995 zu einem eklatanten Rückgang gekommen ist. Allerdings zeigt dieselbe Grafik zwei ähnliche Phänomene in früheren Zeiten in Zusammenhang mit den Weltkriegen.

Zwar stimmt es, dass im gleichen Zeitraum die Verordnung von selektiven Serotoninwiederaufnahme-Hemmern in den USA erheblich angestiegen ist, dennoch kann eine alleinige oder auch nur wesentliche Attribution allein auf die Einführung dieser Medikamente aus den epidemiologischen Zahlen nicht erfolgen. Dennoch ist dies ein Beispiel dafür, dass in der Präventionsarbeit auch Hypothesen geprüft werden müssen, welche nicht nur psychosoziale Ansätze, sondern auch Verbesserungen der medikamentösen Therapie in Hochrisikosituationen mit einschließen.

Patienten mit einem hohen Risiko schizophrene Erkrankungen zu entwickeln – Früherkennung

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist seit langem bekannt, dass die Rate prämorbider Auffälligkeiten vor allem bei frühem Erkrankungsbeginn bei Schizophrenie hoch ist. In verschiedenen Studien an solchen Populationen wurde eine höhere Rate von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen gefunden. In retrospektiven Untersuchungen sind einige leider unspezifische

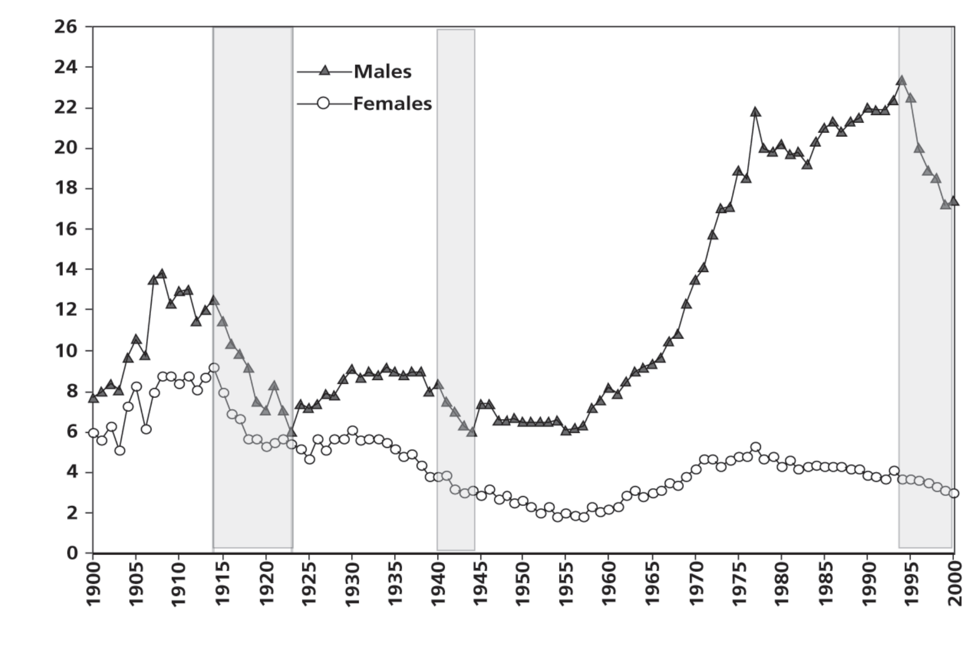


Abb. 4: Anderson 2002, CDC Wonder 2003, USDHEW 1956, Vital Statistics U.S. 1954–1978

prämorbide Auffälligkeiten signifikant mit dem späteren Auftreten der schizophrenen Erkrankung assoziiert. Hierzu gehören emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, Schulleistungsauffälligkeiten, Irretabilität etc.

Yung et al. (1998) beschreiben als Symptome des von ihnen so bezeichneten »Schizophrenia Prodrome« Schlafstörung, depressive Stimmung, sozialen Rückzug, Misstrauigkeit, Replexität, Wechsel in der Selbstwahrnehmung oder in der Wahrnehmung anderer, schlechter Appetit, Gedankenjagen, Impulsivität/Enthemmung, Gedächtnisprobleme, Angst, Mut, Irritabilität, Verschlechterung des Zurechtkommens im Alltag, schlechte Konzentration, Motivationsverlust, Wahrnehmungsveränderungen, somatische Beschwerden, Gedankenblockierung, schlechtes oder seltsames Verhalten, gesteigerte Stimmung. McGorry (1996) sagt selbst, diese Symptome sind »eine Mischung abgeschwächter psychotischer Symptome, neurotischer Symptome und affektiver Symptome, sowie verschiedener Verhaltensveränderungen«. Es wurde nun überlegt, ob solche unspezifischen prodromalen Symptome Anlass für eine präventive Intervention auch unter Einsatz von Psychopharmaka sein kann. Hierbei ist selbstverständlich die Frage der Sensitivität und Spezifität

der Vorhersage zu berücksichtigen. Da es sich um unspezifische Prädiktoren handelt, hängt der prädiktive Wert solcher Symptome sehr von der Stichprobe ab, in der sie untersucht werden. In der Allgemeinbevölkerung wird eher eine schlechte Sensitivität und geringe Spezifität zu erwarten sein. Besser werden die Werte in selegierten Inanspruchnahmepopulationen (vgl. WARNER in diesem Band). Aus statistischen Gründen hängt die Wahrscheinlichkeit einer richtigen Vorhersage oder eines Irrtums von der Häufigkeit einer Erkrankung ab. Dabei gilt grundsätzlich, häufigere Phänomene sind präziser vorherzusagen, als seltene Phänomene. Psychosen im Kindes- und Jugendalter sind relativ selten im Vergleich zu im Erwachsenenalter auftretenden Phänomenen. Unter 1 % dieser Erkrankung beginnt vor dem zehnten Lebensjahr; unter 4 % beginnen vor dem 14. Lebensjahr. Bis zum elften Lebensjahr sprechen wir von einer very early onset schizophrenia, danach von der early onset schizophrenia. Es wird angenommen, dass die frühen Erstmanifestationen einen schlechteren Verlauf haben (vgl. REMSCHMIDT 2001 und 2004, BLANZ et al. 2004), wobei wir neulich in einer Rostocker Katamnese auch etwas ermutigendere Daten gefunden hatten (HÄßLER et al. 2004). McGorry und Mitarbeiter fanden in ihren Studien, dass 41 % der Jugendlichen die verschiedene Kriterien des Schizophrenieprodroms erfüllten, im ersten Katamnesejahr eine Schizophrenie entwickelten. 50 % erkrankten innerhalb von zwei Jahren an Schizophrenie. Von 522 Patienten, die in der Paceklinik vorgestellt worden waren, erfüllten 135 die Einschlusskriterien, 59 wurden in zwei randomisierte Untersuchungsgruppen zugeteilt. Die einen erhielten eine individuelle familienunterstützende Beratung und bei bestehender Indikation eine Behandlung mit einem selektiven Serotonin-wiederaufnahme-Hemmer für sechs Monate (N = 28). Die andere Gruppe erhielt die übliche Unterstützung durch Gespräche mit dem Psychiater und eine Gabe von Risperidon (open label 1–2 mg pro Tag) und eine kognitive Therapie (N = 31). Von den Jugendlichen im ersten Behandlungsrahmen mit der Familienunterstützung erkrankten zehn der 28, das heißt 35,7 % mit einer Psychoseerstmanifestation. Von den Jugendlichen mit niedrig dosiertem Risperidon und kognitiver Intervention erkrankten drei von 31, das heißt 9,7 % mit einer Psychoseerstmanifestation, drei weitere in den folgenden sechs Monaten. Wenn die Hälfte der mit einem so genannten Schizophrenieprodrom in einer spezifischen Studienklientel Identifizierten erkrankt und eine medikamentöse Frühbehandlung die Wahrscheinlichkeit auf 20 % reduziert, profitieren ca. 30 % von der Frühbehandlung und 70 % nehmen Medikation ohne direkten Nutzen. Die Medikation selbst ist aber auch mit Risiken, z.B. der Gewichtszunahme assoziiert. In Deutschland hat man sich

in einem auf diese Erkenntnisse aufbauenden Ansatz im Rahmen des Kompetenznetzwerkes Schizophrenie für eine andere primäre Medikation entschieden, für Amisulprid, da man gerade bei geringen Dosierungen auch eine günstige Wirkung in Bezug auf depressive Symptome sich davon erwartet hatte. Für Kinder- und Jugendpsychiater war diese Entscheidung einigermaßen überraschend, da gerade bei Mädchen unter Amisulprid über zufällig häufig nicht nur erhebliche Prolaktinerhöhungen, sondern tatsächlich Sekretfluss aus der Brust auftritt, welcher für die noch jugendlichen Mädchen häufig eine hochpeinliche, extrem schambesetzte Nebenwirkung darstellt, die häufig zu einem Absetzen zwingt.

Aus den bisherigen Ansätzen kann geschlossen werden, es muss darum gehen, die manifeste Erkrankung früher zu erkennen und nicht z. B. als Adoleszentenkrise oder Pubertätsprobleme usw. zu bagatellisieren. Dies kann z.B. durch Information über die Erkrankung, über gezielte Früherkennungsinterventionen (vgl. KÖHN & KLOSTERKÖTTER 2003) oder auch durch aufsuchende Angebote, z.B. durch psychiatrische Institutsambulanzen, die sich auch an die Eltern junger Erwachsener wenden, geschehen. In der psychiatrischen Institutsambulanz im ZfP Weissenau haben die Teams von Schmidt-Michel und Fegert hier erste Ansätze zu einer solchen Arbeit entwickelt. Gemeinsam geleitete Stationen für junge Ersterkrankte, in Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie, wie z.B. an der Universitätsklinik in Heidelberg, Leitung Mundt und Resch, können vorbildliche Modelle für die adäquate und frühe Versorgung von ersterkrankten Patienten darstellen.

Umstrittener ist, ob australische, z. B. schulbasierte Interventionen und insbesondere die medikamentöse Frühbehandlung für Deutschland oder Europa den adäquaten Weg darstellen können. Häufig reagierten Lehrer mit Befremden auf die unspezifischen Symptomlisten, da sie einzelne dieser Symptome bei jedem Jugendlichen in der Pubertät einmal beobachten können. Im Gegensatz zu Australien gibt es hier eine flächendeckende kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung und ein breites Netz von Beratungsstellen. Wahrscheinlich wäre deshalb ein sekundärpräventiver Ansatz, welcher sich auf dieses vorhandene Netz stützt (vgl. FEGERT 2003a), adäquater als die Übernahme eines in einem anderen kulturellen Kontext entwickelten Modells.

Hinzu kommen wesentliche ethische Fragen der präventiven Behandlung und Fragen, ob solche Forschung überhaupt gesetzeskonform ist. Deutschland hat die Bioethikkonvention des Europarates nach wie vor nicht ratifiziert, die derzeitige Fassung des Arzneimittelgesetzes erlaubt die medi-

kamentöse Behandlung einer Nochnichterkrankung im Rahmen einer Studie ausdrücklich nicht. Selbst wenn der Gruppennutzen nun in irgendeiner Form Eingang ins Gesetz finden wird, gilt dieser nur für Erkrankte und nicht für potenziell Erkrankte. Wie ich aufgrund der Daten von McGorry dargelegt habe, werden aber bei präventiven Interventionen auch immer ein nicht unerheblicher Prozentsatz von Personen ohne Nutzen der Belastung der Intervention ausgesetzt. Ein Ausweg aus dieser Zwickmühle, dass präventive Studien zum Wohl von Hochrisikopopulationen bei Kindern und Jugendlichen dringend erwünscht sind, bei der derzeitigen gesetzlichen Situation uns aber nicht erlaubt sind, kann die stärkere Einbeziehung von Jugendlichen in Forschungsentscheidungen sein.

Es muss die Leser dabei nicht irritieren, dass entsprechende Studienanträge in Deutschland durchaus von einzelnen Ethikkommissionen erlaubt wurden, zumal wenn es sich um Mischpopulationen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen handelte. Einerseits könnte hier inhaltlich argumentiert werden, dass 16- oder 17-Jährige häufig die genügende Reife besitzen, um die Tragweite der Behandlungsentscheidung zu ermessen, insofern wären sie nach der Auffassung des BGH wenigstens für den klinischen Heilversuch mit einem nicht an Jugendlichen zugelassenen Medikament einwilligungsfähig. Es ist nämlich zu bedauern, dass die hier zum Einsatz kommenden Medikamente für die Indikation Schizophrenie oder gar Verhinderung des Ausbruches einer Schizophrenie keine Zulassung für Menschen unter 18 Jahren haben. Vielerorts ist auch in den Ethikkommissionen ein sehr heterogener Informationsstand über Studien an Kindern, deren Möglichkeiten und Beschränkungen gegeben. Deshalb hat der Gesetzgeber im Rahmen der AMG-Novelle nun zwingend vorgeschrieben, dass bei Studien, bei welchen Kinder und Jugendliche einbezogen werden sollen, notwendigerweise ein in der Kinder- und Jugendmedizin in solchen Fragen erfahrenen Pädiater oder Kinder- und Jugendpsychiater beteiligt werden muss. In einer Untersuchung, welche von der Volkswagenstiftung (VWII/74904, Fegert et al. 2000) gefördert worden war, sagte ein achtjähriges Mädchen zu diesem Fragenkomplex Forschung an so genannten Einwilligungsunfähigen: »Man kann ja nicht einfach so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird.« Zwei Artikel der UN-Kinderrechtskonvention, Art. 12 und Art. 13 sichern den Kindern zu, dass sie sich ihre Meinung bilden können müssen, und dass diese Meinungsbildung bei sie betreffenden Entscheidungen angemessen berücksichtigt werden muss. Art. 13 garantiert die Informationsfreiheit.

Für die Frage zukünftiger Präventionsforschung im Kindes- und Jugendalter wird es entscheidend sein, ob es eine mit ethischen Prinzipien vereinbarte gesetzliche Grundlage für die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an solchen Untersuchungen geben wird.

Weiterführende ethische Fragen

Neben den erwähnten ungeklärten Fragen der Forschungsethik in Bezug auf die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in Studien zur Prävention, unter anderem auch mit Medikamenten, konfrontiert uns der biotechnologische Fortschritt im Bereich der Molekulargenetik mit weitergehenden, grundsätzlichen Fragestellungen. Zu den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern liegen heute genetische Befunde vor. Insbesondere z.B. zum Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, zu Angststörungen, Essstörungen, depressiven Störungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie, Autismus, Depression, etc. In der Regel handelt es sich um polygen beeinflusste Erkrankungen, genetisches Wissen klärt in der Regel nur einen statistisch bedeutsamen, aber nicht allein wesentlichen Teil der Entwicklungs- und Erkrankungsvarianz auf. Krankheitsprävention bei diagnostizierten genetischen Risiken steht deshalb vor mehreren Problemen:

Wie angesprochen, kann der Wunsch nach einer *Frühintervention* artikuliert werden, wobei teilweise nicht klar ist, ob entsprechend beschriebene statistische Risiken die Risiken und Nebenwirkungen einer Intervention rechtfertigen. Diese Frage ist vor allem dann brennend, wenn keine Krankheitssymptome zum Zeitpunkt der Intervention beschrieben sind. So wurde z.B. in Bezug auf manche Medikationen angenommen, dass sie neuroprotektiv wirken, wenn sie in der frühen Kindheit gegeben werden. Eine Untersuchung solcher Fragen scheint derzeit ethisch und rechtlich kaum möglich. Anders gelagert ist die Situation dann, wenn man weiß, dass Kinder mit einem hyperkinetischen Syndrom ein höheres Risiko für Sucht und für Delinquenz haben und das hyperkinetische Syndrom ohnehin behandlungsbedürftig ist. Dann kann man auch den vermutlich suchtpräventiven Erfolg einer medikamentösen Behandlung des hyperkinetischen Syndroms erforschen.

Eine vorsichtige Antwort auf diese Fragen könnte die *Früherkennung* in Hochrisikopopulationen sein, welche dann eine Frühintervention zur Reduktion der duration of untreated disease mit sich bringen könnte. Fuchs und Steinert (2004) zeigen in einer eigenen Studie und in einer Literaturübersicht, dass die Dauer der unbehandelten Psychose Prädiktor für möglichen Remissionsgrad, das soziale Funktionsniveau und den Schweregrad der Psy-

chopathologie im Krankheitsverlauf sein kann. Aber auch dieser Ansatz birgt die Gefahr der Stigmatisierung in sich.

Da bei polygenen Erkrankungen Risikoraten immer nur relative Proportionalzahlen sein können, ist zwar keine staatlich organisierte (wie häufig polemisierend behauptet), aber eventuell doch eine postmoderne individualisierte Eugenik zu befürchten (vgl. Fegert 2003b). Hochproblematisch sind Entscheidungen von Eltern auf der Grundlage von genetischen Risikoabschätzungen. Sicher hat hier der Staat im Gegensatz zur ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts keinerlei Absichten, steuernd einzugreifen, doch ist der Wunsch nach einem gesunden, wohlgeborenen (»eugen«) Kind bei allen Eltern ein verständliches Anliegen. Wie werden Eltern zukünftig mit den zunehmenden Möglichkeiten der pränatalen Diagnostik umgehen? Was bringt es, z. B. bei einem aschkenasi-jüdischen Mädchen zu wissen, dass sie mit circa 40 Jahren ein 90-prozentiges Risiko haben wird, an Brustkrebs zu erkranken? Ist die derzeit von orthodoxen Juden in den USA geforderte genetische Untersuchung und Beratung gegen Heirat in diesen Fällen etc. zu rechtfertigen? Wie ist damit umzugehen, wenn wir immer mehr Risiken genetisch beschreiben und statistisch beziffern können, es aber keine Therapie- und Hilfeansätze gibt? Immer mehr wird deutlich, dass der biotechnologische Fortschritt uns einen enormen Erkenntniszugewinn gebracht hat, die therapeutischen Fortschritte, sieht man einmal von einigen exzeptionellen monogen bedingten Erkrankungen ab, noch weitestgehend auf sich warten lassen. Braucht es nicht für humane Lebensentwürfe auch eine gewisse Entwicklungsoffenheit und Schicksalhaftigkeit oder darf jedes Risiko vorher gewusst und dann präventiv angegangen werden? In seinem Gedicht »Kassandra« hat Schiller dies schon treffend angesprochen: »Frommt's, den Schleier aufzuheben, wo das nahe Schrecknis droht? Nur der Irrtum ist das Leben, und das Wissen ist der Tod.«

Kinder brauchen ein Recht auf offene Entwicklungsperspektiven. Hier können zukünftig bei dem Bemühen um Prävention immer stärkere Interessenkonflikte zwischen Elterninteressen und Kindesinteressen auftreten. Kinder brauchen ein Lebensumfeld, welches für Familien das Leben mit einem behinderten oder verhaltensauffälligen Kind nicht zu einer schweren individuellen Belastung werden lässt. Deshalb ist der anstehende Sozialleistungsrückbau auch daraufhin immer wieder zu überprüfen, ob die Entscheidung für Kinder auch durch ein gewisses soziales Netz unterstützt wird oder ob angesichts mangelnder Unterstützung zukünftige Eltern jedes nur diagnostizierbare mögliche Risiko vorgeburtlich ausschließen werden müssen.

Die Ethikdebatte um die Fortschritte in der Biomedizin lässt sich nicht über immer neue gesetzliche Verbote führen, da in einer globalisierten Welt

das Machbare irgendwo auch gemacht wird. Die Antwort auf die gestiegenen diagnostischen Möglichkeiten muss der Erhalt von Entwicklungsfreiheitsgraden über eine vernünftige Sozial- und Familienpolitik sein. Es ist offensichtlich, dass Eltern in der Regel jedes mögliche Risiko, welches ihrem Kinde drohen könnte, kennen und wissen möchten. Dies kann aber gerade den Entwicklungsinteressen der Kinder widersprechen. Deshalb brauchen chronisch kranke oder von chronischer Krankheit bedrohte Kinder eine Beteiligung an den sie betreffenden Entscheidungen. Kinder haben ein Recht auf ebenso sichere Präventionsansätze wie Maßnahmen der Krankenbehandlung wie Erwachsene. Insofern muss die rechtliche Situation in Bezug auf Forschung zum Wohle von Kindern sich ändern (vgl. Fegert 2003c, 2003e). Basisbedürfnisse gesunder und kranker Kinder werden in der UN-Kinderrechtskonvention beschrieben. Ihre Berücksichtigung im Rahmen einer vernünftigen Sozialpolitik schafft Spielräume für ein Aufwachsen in Menschenwürde und setzt Gegenpole zum geforderten »Elternrecht auf ein perfektes Kind« (vgl. Deutsches Ärzteblatt 14/98 »Kein Anspruch auf das Wunschkind nach Maß« bzw. »Designerbabys, Träume vom Menschen nach Maß« Marranto 1998). Schon derzeit verändern sich ethische Normen und Einstellungen in Bezug auf die Machbarkeit von Selektion zur Erfüllung von Elternwünschen. In einer Meinungsumfrage befürworteten 62 % der befragten US-amerikanischen Ärzte pränatale Diagnostik zur aktiven Geschlechtswahl, 8 % einer Gruppe von befragten Paaren würden ein Kind, bei dem die Prädisposition zu Adipositas festgestellt würde, abtreiben lassen, unter befragten Medizinern war der Prozentsatz noch höher, etc. Angesichts der ohnehin alarmierenden demographischen Entwicklung in Deutschland ist eine angemessene Familienpolitik, Sozialpolitik und Bildungspolitik eine wesentliche Komponente der Prävention. Wenn behinderte oder verhaltensauffällige Kinder Eltern in ihren Entfaltungsmöglichkeiten individuell einschränken oder eine Berufstätigkeit quasi verunmöglichen, werden zukünftig immer stärker gerade die Frauen mit dem höchsten Entfaltungspotenzial sich gegen Kinder entscheiden.

Politische Konsequenzen

In der politischen Debatte sind universelle Prävention und Primärprävention in der Regel wegen des plakativen Charakters sehr geschätzt. Solche Ansätze sind wenig stigmatisierend oder haben sogar einen Antistigmacharakter, zeigen aber teilweise nur geringe evaluierbare Effekte oder werden überhaupt nicht evaluiert. Derzeit ist eine Tendenz zur »Faltblättchenprävention« in

immer neuen Kampagnen auszumachen. Probleme werden definiert und die Regierenden demonstrieren ihre schnelle politische Reaktionsbereitschaft durch medial gut konzipierte Kampagnen. Häufig geschehen diese Interventionen reaktiv; ein längerfristiges und vor allem über verschiedene Bereiche hinweg integriertes Präventionskonzept, welches die Entwicklungsförderung z.B. im Rahmen der Erziehung und gesundheitliche Aspekte mit einbezieht, ist nicht zu erkennen, in der Regel fehlt die empirische Absicherung.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat z.B. im Bereich Sucht und Drogen, aber auch im Bereich HIV, größere Kampagnenprojekte aufgelegt und betreut, welche sowohl die mediale Verbreitung, wie auch selektive und indizierte Ansätze beinhaltet. Solche Konzeptionen sind vorbildlich und müssen in Zukunft stärker verfolgt werden, allerdings gelingt auch hier selten die Einbeziehung anderer Bereiche und Ressorts, die dann jedoch auch besonders erwähnens- und lobenswert ist, wenn z.B. in der Suchtprävention auch eine Zusammenarbeit mit der Polizei gesucht wird oder wenn tatsächlich einmal ressortübergreifend auch die Jugendhilfe einbezogen wird.

Bei selektiven und indizierten Ansätzen bietet sich generell leichter die Möglichkeit der Überprüfung. BMBF und DFG haben derzeit Forschungsschwerpunkte ausgeschrieben, die auf die Überprüfung solcher Ansätze abzielen. Solche Programme sind Investitionen in die Zukunft, auch das BMGS wird entsprechende Studien auflegen. Allerdings dauert die Überprüfung solcher Fragen lange und die Politik ist immer stärker dominiert von dem Wunsch der Geldgeber nach sofortigen, von der Bevölkerung wahrnehmbaren Ergebnissen. Seriöse Forschung fußt auf prospektiven Langzeituntersuchungen, gerade wenn es um die Zukunft von Kindern geht, die das ganze Leben als Entwicklungsphase vor sich haben. Selektive Ansätze sind auch mit der Gefahr der Stigmatisierung verbunden, weil Risikogruppen erst definiert und herausgehoben werden. Insofern ist eine wirklich seriöse Forschung in diesem Bereich unabdingbar, um sicherzustellen, dass diese Risiken nicht den Nutzen übertreffen. Wir müssen in Deutschland in diesem Bereich zu einer größeren Nachhaltigkeit und zu einer wirklichen, mittelfristigen bis langfristigen Forschungsförderung kommen, da derzeit nicht zu wenig, vielleicht sogar zu viel, aber zu momentbezogen und ohne Effektivitätsnachweis unternommen wird. Auch hier gilt: »Gut gemeint ist nicht gut gemacht.«

Wir haben in Deutschland ein Forschungs- und Debattendefizit zur Evaluation und zur Wirksamkeit und Sicherheit von Maßnahmen. Wenn sich die Politik zunehmend in ihrem Handeln über einzelne ad hoc Expertisen absichert und in der politischen Debatte legitimiert, dann ist ein immer stärkerer Trend zur Rechtfertigung im Jetzt und eine Abkehr von gemeinsamen Investitionen in die Zukunft zu erkennen. Die kritischen Fragen in Bezug auf die Frühintervention brauchen eine hinreichende Diskussion und auch eine Evaluation in der Langzeitperspektive. Massive Forschungsinvestitionen im Bereich der genetischen Grundlagenforschung, welche von der Deklassierungsangst in Bezug auf die amerikanische Forschung geprägt waren, müssen auch von einer hinreichenden Bioethikdebatte über gendiagnostische Möglichkeiten ohne rasanten Zuwachs an Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten begleitet werden. Derzeit muss nachdrücklich bedauert werden, dass keine hinreichende Partizipation der Betroffenen erfolgt.

Mit dem Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG), welches eigentlich eine Novelle des SGB VII – des Kinder- und Jugendhilfegesetzes – darstellt, geht die Bundesregierung in die richtige Richtung. Die Bedeutung der frühen Kindheit und auch das staatliche Wächteramt werden betont, allerdings ist die Finanzierung der Tagesbetreuung generell noch ungeklärt und es ist derzeit noch nicht abzusehen, ob hier wirklich qualitative Standards etabliert werden können. Die Hoffnung auf einen Rechtsanspruch für junge Eltern muss wahrscheinlich aufgegeben werden. Die Zusammenschau der Befunde zur Prävention im Kindes- und Jugendalter, überhaupt zu erfolgreichen Präventionsansätzen bei psychischen Erkrankungen (vgl. Warner in diesem Band) haben gezeigt, dass ein gesunder Start ins Leben (Healthy Start To Life) und der Schutz und die Förderung früher Bindungsbeziehungen sowie die Förderung von Erziehungs- und Beziehungskompetenzen bei Eltern zu den wesentlichen Maßnahmen gehören. Solche Aufgaben sind generell ressortübergreifend, und das größte politische Problem sind hier die kaum überwindbaren Ressortgrenzen, die sowohl bei der politischen Planung wie bei der praktischen Umsetzung von Hilfen häufig jede Zusammenarbeit verunmöglichen.

Das SGB IX hat gerade mit den Aspekten Koordination von Hilfen und Angebot von Komplexleistungen hier wichtige Möglichkeiten aufgezeigt, aber in der Praxis werden diese gesetzlichen Vorgaben in der Regel völlig negiert, Rechtsansprüche werden durch Vollzugs- und Implementationsdefizite immer stärker unterhöhlt. Der nach wie vor bestehende Streit zwischen dem Bereich Gesundheit und Soziales und der Jugendhilfe über die Zuständigkeit für so genannte seelisch behinderte Kinder, die Zuordnung von behinderten Kindern zu unterschiedlichen Sozialträgersystemen, führt gerade bei den am stärksten beeinträchtigten Kindern und ihren Familien dazu, dass sie häufig zwischen den Sozialleistungsträgern hin- und hergeschoben werden (vgl. Fegert 2000a, 2001 sowie Fegert & Wiesner 2002).

Der Fehler, der schon beim SGB IX gemacht wurde, nämlich dass die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nicht berücksichtigt wurden und deshalb kaum positive Auswirkungen für Kinder zu spüren sind, darf bei einem anstehenden Präventionsgesetz nicht wiederholt werden. Wenn es der Bundesregierung nicht gelingt, bei der Zusammenarbeit von Ressorts exemplarisch voranzugehen, wird kaum von der Länder- oder kommunalen Ebene erwartet werden können, dass vom Bund verordnete Kooperation funktioniert. In einer der Anhörungen zum SGB IX hatte ich einige kritische Fragen zur Frühförderung, die sich in der Konzeption des SGB IX tatsächlich später nicht bewährt hat, und zur Integration seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher gestellt. Verständlicher Weise durch das ganze Gezerre enerviert, aber dennoch entlarvend, antwortete der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung damals: »Wir können nicht für jede Randgruppe (er meinte damit Kinder) ein extra Gesetz machen.« Kinder dürfen in dieser Gesellschaft nicht als Randgruppe, sondern müssen als das zentrale Zukunftspotenzial angesehen werden. In der Präventionsarbeit müssen sie als die primären Adressaten gelten und es muss gelingen, Ressortgrenzen hier zu überwinden und zu einer vernünftigen Zusammenarbeit zu kommen. Derzeitiges Haushaltsrecht sieht dies in der Regel nicht vor. Dabei wäre eine vernünftige Cofinanzierung aus verschiedenen Ressorts wohl der beste Weg, um Geld zu sparen und dazu zu kommen, dass unterschiedliche Bereiche sich mit einem neuen Projekt identifizieren. Wir können es uns nicht leisten, dass unkoordiniert im Jugendministerium genau so wie im Gesundheitsministerium Forschungs- und Hilfsansätze zur Suchtprävention und Intervention finanziert werden, dass wichtige präventive Ansätze aus dem erzieherischen Bereich und der gesundheits- und sozialpolitischen Debatte nicht aufgegriffen werden etc. Ungenützte Ressourcen schlummern in den Systemgrenzen. Der Bund könnte durch die Förderung von Modellprojekten für Hochrisikopopulationen z.B. Kinder psychisch kranker Eltern demonstrieren, wie diese Grenzen Kosten schonend überwunden werden können und wie die Nutzung solcher Synergieeffekte für die Betroffenen bessere Hilfeleistung und damit generell eine bessere Sekundärprävention ermöglichen (vgl. Fegert 2003d).

Literatur

Aßhauer M, Hahnewinkel R (2000) Lebenskompetenztraining für Erst- und Zweitklässler: Ergebnisse einer Interventionsstudie. Kindheit und Entwicklung 9: 251–263.

Baumrind D (1971) Current patterns of parental authority. Developmental Psychology Monograph, Part 2, 4 (1).

Blanz B, Lay B et al. (2004) Der Verlauf früh beginnender schizophrener Psychosen. In: Remschmidt H (Hg.) Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer, Stuttgart.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004) Elternschaft und Ausbildung. Berlin.

Cierpka M (2001) Faustlos. Ein Curriculum zur Prävention aggressiven Verhaltens. Unter Mitarbeit von Andreas Schick, Isabel Ott und Ilse Schütte., Hogrefe.

Daro D, Gelles R (1992) Public Attitudes and Behaviours with Respect to Child Abuse Prevention. J. Interpersonal Violence 7: 517–531.

Daro D, McCurdy K (1996) Intensive Home Visitation: A Randomized Trial, Follow-Up and Risk Assessment Study of Hawaii's Healthy Start Program. Administration for Children, Youth and Families, U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C.

Eck M, Lohaus A (1993) Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Missbrauch im Vorschulalter. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42: 285–292.

Egeland B, Erickson MF (1985) Implications of attachment theory for prevention and intervention. In: Kramer S, Parens, H (Hg) Prevention in Mental Health. Jason Aronson, Inc, Northvale, N.J.

Fegert JM (2000a) Bessere Teilhabe durch Integration unter ein gemeinsames Dach – Ein Beitrag zur geplanten Verabschiedung eines SGB IV. Zentralblatt für Jugendrecht 87(12): 441–446.

Fegert JM (2000 b) Die Geburt und Entwicklung des frühgeborenen Kindes aus kinderneuropsychiatrischer psychotherapeutischer Sicht. In: Friese K, Plath C, Briese V (Hg.) Frühgeburt und Frühgeborenes. Eine interdisziplinäre Aufgabe. Springer, Berlin: 384–393.

Fegert JM (2001) Kinder und Jugendliche bei der Einführung des SGB IX stärker im Blick behalten. Jugendhilfe 39(2): 94–101.

Fegert JM (2003 a) Besonderheiten und Schwierigkeiten bei der Pharmakotherapie der schizophrenen Psychosen im Kindes- und Jugendalter. In: Heinze M (Hg.) Früherkennung und Frühinterventionen bei schizophrenen Psychosen. bebra Verlag, Berlin.

Fegert JM (2003 b) Der Wunsch nach dem Designerkind Riskante Kindheiten – eine medizinische Perspektive. In: Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes NRW, Stadt Dortmund – Jugendamt (Hg.) Riskante Kindheiten Herausforderungen für die Jugendhilfe, Dortmund, Institut für soziale Arbeit e.V., Münster.

Fegert JM (2003 c) Entwicklungspsychopharmakologie: Terra incognita oder Forschungswüste? Nervenheilkunde 2/03: 3–5.

Fegert JM (2003 d) Indikatoren für Fremdunterbringung und Begleiteten Umgang von Kindern psychisch kranker Eltern. Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Eltern auf Pflege und Adoptivkinder. Dokumentation der Arbeitstagung vom 11.–12. September 2003, Frankfurt/Main.

Fegert JM (2003 e) Möglichkeiten und Grenzen psychopharmakologischer Forschung im Kindesalter. Nervenheilkunde 2/03: 60–65.

Fegert JM (2004) Wissenschaftliche Grundlagen: Möglichkeiten und Grenzen der Suchtprävention. Tagungsdokumentation deutsch-französische Tagung zur Suchtprävention bei Jugendlichen, Freiburg, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Fegert JM, Wiesner R (2002) Nachtrag zu § 35 a, 6–23. In Wiesner R, Mörsberger T, Oberloskamp H, Struck J: SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe, Nachtrag zur 2. Auflage. C.H. Beck, München.

Fegert JM, Wolfslast G (in Press) Wissenschaftlicher Ergebnisbericht des Projektes Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Volkswagenstiftung. Wolfsburg.

Fegert JM, Ziegenhain U (2003) Hilfen für Alleinerziehende. Weinheim, Beltz Votum.

Fergusson D, Lynskey M et al. (1996) Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: 1. Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Pychiatry 34 (10): 1355–1364.

Fuchs J, Steinert T (2004) Dauer der unbehandelten Psychose (DUP): Ein brauchbarer Prädiktor für den Krankheitsverlauf. Fortschr Neurol Psychiat 72: 79 –87.

Gomby DS, Culross PL et al. (1999) Home Visiting: Recent Program Evaluations-Analysis and Recommendations. The Future of Children 9 (1): 4–26.

Häßler F, Schmelich C et al. (2004) Der Verlauf juveniler Psychosen – eine 46 Jahre Katamnesestudie. Krankenhauspsychiatrie 15: 60–64.

Heinrichs N, Saßmann H et al. (2002) Prävention kindlicher Verhaltensstörungen. Psychologische Rundschau 53 (4): 170–183.

Hurrelmann K, Bründel H (1997) Drogengebrauch – Drogenmissbrauch. Prävention und Therapie von Sucht und Abhängigkeit. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Kang R, Barnard K et al. (1995) Preterm infant follow-up project: a multi-site field experiment of hospital and home intervention programs for mothers and preterm infants. Public Health Nursery 12(3): 171–180.

Kaufman J, Zigler E (1987) Do Abused Children Become Abusive Parents? American Journal of Orthopsychiatric 57 (2): 186-192.

Köhn D, Klosterkötter J (2003) Awareness-Programm: Öffentlichkeitskampagne über Risikofaktoren, Frühsymptome und Frühbehandlung schizophrener Psychosen. In: Heinze M (Hg.) Früherkennung und Frühinterventionen bei schizophrenen Psychosen. be.bra Verlag GmbH, Berlin: 21–29.

Lösel F, Beelmann A et al. (2000) Zwischenbericht zum Forschungsprojekt »Förderung von Erziehungskompetenzen und sozialen Fertigkeiten in Familien: Eine kombinierte Präventions- und Entwicklungsstudie zu Störungen des Sozialverhaltens«. Nürnberg, Universität Erlangen-Nürnberg: Institut für Psychologie und Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum.

McCloskey LA, Bailey JA (2000) The Intergenerational Transmission of Risk for child Sexual Abuse. Journal of Interpersonal Violence 15(10): 1019–1035.

McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos SM (1996) EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bulletin 22: 305–326.

Pears KC, Capaldi DM (2001) Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. Child Abuse & Neglect 25: 1439–1461.

Rauh VA, Nurcombe B et al. (1990) The Mother-Infant Transaction Program. The content and implications of an intervention for the mothers of low-birthweight infants. Clinical Perinatology 17 (1): 31–45.

Remschmidt H. (2001) Schizophrenia in children and adolescents. University Press, Cambridge.

Remschmidt H. (2004) Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Schattauer, Stuttgart.

Resch F, Fegert JM (2004) Äthiologische Modelle. In: Eggers C, Fegert JM, Resch F (Hg.) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer, Heidelberg: 93–108.

Sanders MR (1999) The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family supporting strategy for the prevention and treatment of child behaviour and emotional problems. Child and Family Psychology Review 2: 71–90.

Scheithauer H, Petermann F (2000) Frühintervention und -prävention im Säuglings-, Kleinkind- und frühen Kindesalter. Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. In: Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (Hg.) Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Hogrefe, Göttingen: 331–356.

Schmidt B, Hurrelmann K (2000) Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Leske und Budrich, Opladen.

Schneewind KA (2003) Freiheit in Grenzen. Eine interaktive CD-ROM zur Stärkung elterlicher Erziehungskompetenzen für Eltern mit Kindern zwischen 6 und 12 Jahren. München: 3c, Creative Communication Concepts GmbH.

Terr L (1991) Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatry 148/1: 10–20.

Vitiello B, Heiligenstein JH et al. (2004) The interface between publicly funded and industry funded research in pediatric psychopharmacology: Opportunities for integration and collaboration. Biological Psychiatry 56: 3–9.

Webster-Stratton C, Hancock L (1998) Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods and therapeutic processes. In: Briesmeister JM, Schaefer CE (Hg.) Handbook of parent training. Wiley, New York,: 98–152.

Wolff Metternich, T, Plück J et al. (2002) PEP – Ein Präventionsprogramm für drei- bis sechsjährige Kinder mit expansivem Problemverhalten. Kindheit und Entwicklung 11 (2)

Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton GC, Jackson HJ (1998) Prediction of psychosis. British Journal of Psychiatry 172 (33): 14–20.
Ziegenhain U, Derksen B et al. (1999) Intervention bei jugendlichen Müttern. In: Suess G, PfeifferW (Hg.) Frühe Probleme. Impulse der Bindungstheorie für die Beratungspraxis. Gießen, Psychosozial.
Ziegenhain U, Derksen B et al. (2003) Jugendliche Mütter und ihre Säuglinge. In: Fegert JM, Ziegenhain U (Hg.) Hilfen für Alleinerziehende. BeltzVotum, Weinheim: 194–207.
Ziegenhain U, Fries M et al. (2004) Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Weinheim, Juventa.
Zuravin S, McMillen C et al. (1996) The intergenerational cycle of child maltreatment: continuity versus discontinuity. J.Interpers.Violence 11: 315–334.

Erfahrungen der Suchtprävention nutzen

Günther Wienberg

Der Titel dieses Beitrags scheint einen Imperativ zu formulieren, es fehlt nur noch das Ausrufezeichen. Am Ende wird dahinter aber auch ein Fragezeichen stehen.

Am Anfang steht der Versuch, die Erfahrungen mit der Suchtprävention in Deutschland grob zu umreißen und zu bewerten. Im zweiten Schritt geht es um die Frage der Wirksamkeit von Präventionsstrategien. Schließlich wird resümiert, welche Erfahrungen aus der Suchtprävention gegebenenfalls für andere Felder des Gesundheitswesens nützlich sein könnten.

Erfahrungen mit der Suchtprävention in Deutschland

Bemühungen, dem Missbrauch psychotroper Substanzen – und auf die beschränkt sich dieser Beitrag – durch öffentliche Maßnahmen entgegenzuwirken, gibt es auch in unserem Land spätestens seit dem 16./17. Jahrhundert. Der Beginn der Suchtprävention in Deutschland wird jedoch von vielen Autoren interessanterweise auf den Beginn der 70er-Jahre des 20. Jahrhunderts datiert. Richtig daran ist, dass damals die zunehmende Verbreitung illegaler Drogen erste systematische und politisch gestützte Präventionsbemühungen nach sich zu ziehen begann. Problematisch daran ist, dass hier eine unzulässige Verengung des Präventionsbegriffs durchscheint – doch dazu später.

1987, rund 15 Jahre später, findet sich in der Zeitschrift »Suchtgefahren« folgendes Resümee dieser Bemühungen:

»Inzwischen ist das Spektrum der Maßnahmen und die Anzahl der Organisationen und Behörden, die sich für Abhängigkeitsprophylaxe verantwortlich fühlen, derart unüberschaubar geworden, dass wirkungsvolle Prospektive einem wilden Aktionismus gewichen ist. Betrachtet man synoptisch all jene Institutionen und Behörden, die sich für Abhängigkeitsprophylaxe verantwortlich fühlen oder fühlen sollten, so gibt es in unserer Gesellschaft so gut wie keinen Bereich mehr, der nicht für Abhängigkeitsprophylaxe zuständig ist/zuständig sein soll. Die Schule eo ipso, der Kinderkarten, das Jugendamt, Kliniken und psychiatrische Einrichtungen, die Polizei, Handwerkskammern und Betriebe, Aus- und Fortbildungsträger, die Kirche bis hin zur Wirtin an der Ecke etc. In gleicher Weise zielen Maßnahmen mit abhängigkeitsprophylaktischem Anspruch inzwischen auf jeden Aspekt des gesellschaftlichen Lebens, auf Bildungsinstitutionen, Ausbildungsstätten, auf pathologische

Lebens- und Arbeitsplatzbedingungen, die Familie, neuerdings die Gemeinde, die Betriebe etc.

Währenddessen nimmt die Zahl der Abhängigen in unserer Gesellschaft Jahr für Jahr zu, steigen die Gewinne und Einnahmen der Pharma-, Zigaretten- und Alkoholindustrie, des Staates und krimineller Organisationen, wächst das Heer der Beratungs- und Behandlungsbedürftigen, bleibt das Leid der Betroffenen und ihrer Familien unverändert.« (Voß 1987, S. 427)

Noch einmal gut 15 Jahre später findet sich im Jahrbuch Sucht 2004 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen folgende Einschätzung:

»Zwischen den verschiedenen Akteuren im Bereich Suchtprävention gibt es nur in Ausnahmefällen eine Abstimmung. Jede Gruppierung verantwortet die eigenen Maßnahmen allein. Dies ist sowohl auf regionaler als auch auf Landes- und Bundesebene der Fall. Eine Verpflichtung zur Kooperation und Abstimmung existiert nicht. Dass dadurch mitunter unterschiedliche und zuweilen auch konträre Botschaften zum Thema Suchtprävention an die Öffentlichkeit gerichtet werden, ist eine Folge dieser strukturellen Zersplitterung.« Und weiter »die strukturellen Rahmenbedingungen (sind) immer noch mangelhaft:

- die gesetzlichen Grundlagen sind unscharf,
- es existieren keine verbindlichen Finanzierungsstrukturen,
- das Profil des Fachgebietes ist unklar,
- es herrschen unklare Kompetenzen und Zuständigkeiten,
- unterschiedliche Akteure engagieren sich in dem Arbeitsfeld,
- aus der Vielfalt der Akteure und Konzepte resultieren z. T. widersprüchliche Ansätze,
- personenzentrierte Maßnahmen der Suchtprävention werden durch politische Entscheidungen konterkariert« (Schmidt 2003, S. 174, 177).

Diese Einschätzungen mögen genügen, um eine *erste These* zu begründen:

Die Suchtprävention in Deutschland ist in einem höchst problematischen Zustand – konzeptionell, strukturell und politisch.

Erfahrungen der Suchtprävention nutzen? In erster Annäherung könnte die Botschaft lauten: So wie in der Suchtprävention sollte man es auf keinen Fall anpacken!

Ein zweiter, etwas genauerer Blick soll dazu verhelfen, den so diagnostizierten Zustand der Suchtprävention in Deutschland einzuordnen. Warum haben wir es hier mit einem so unübersichtlichen, von weithin ungesteuertem Aktionismus gekennzeichnetem Feld zu tun?

Erste Teilantwort: Das Feld ist tatsächlich komplex! Wenn man versucht,

eine auch nur beschreibende Ordnung in dieses Feld zu bringen, so stößt man schnell darauf, dass zahlreiche verschiedene Parameter zu unterscheiden sind. Zu den wichtigsten gehören:

1. Unterschiedliche Zielgruppen

Suchtprävention kann sich beziehen auf Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, auf Erwachsene und ältere Menschen. Es herrscht weitgehend Übereinstimmung dahingehend, dass zur Erreichung dieser Zielgruppen unterschiedliche Strategien in unterschiedlichen Settings verfolgt werden müssen.

Zunehmend wird auch die Differenzierung nach Geschlecht für bedeutsam gehalten. Dabei werden geschlechtsspezifische, mindestens aber »geschlechtssensible« Vorgehensweisen gefordert.

Eine weitere Differenzierung, die zunehmend Beachtung findet, ist die zwischen Ethnien. Hier seien mindestens die Besonderheiten junger Menschen islamischer Herkunft sowie die von Aussiedlern zu berücksichtigen (Drogen- und Suchtkommission 2002).

Eine weitere bedeutsame Differenzierung im Hinblick auf die Zielgruppe ergibt sich aus folgender Frage: Wo auf dem gedachten Kontinuum von substanzbedingten Problemen soll agiert werden? Geht es um die gesamte Population, noch bevor Anzeichen eines riskanten oder schädlichen Konsums aufgetreten sind? Geht es um Gruppen, die bereits riskant oder schädlich konsumieren, oder geht es um Personen, die bereits substanzbedingte Störungen und Folgeprobleme aufweisen?

Dahinter steckt die Unterscheidung von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention. Diese ist zwar immer wieder kritisiert worden (z.B. wegen ihres Bezugs zum medizinischen Krankheitskonzept oder weil die drei Varianten in der Praxis nicht immer trennscharf sind); sie hat aber nach wie vor analytische sowie strategische Bedeutung.

2. Unterschiedliche Substanzen

Die Differenzierung von Präventionsstrategien nach Substanzen ist zumindest inhaltlich nach wie vor geboten, denn der Umgang mit Alkohol, Tabak, illegalen Drogen und Medikamenten stellt durchaus unterschiedliche Anforderungen an die Konsumenten. Diese Unterscheidung verliert jedoch in dem Maße an Bedeutung, wie es in der Prävention nicht auf die Beeinflussung substanzbezogener Verhaltensweisen, sondern um unspezifische Persönlichkeitsveränderungen – z.B. Ich-Stärke, Risikokompetenz etc. – geht.

3. Unterschiedliche Ziele

Hält man daran fest, dass es in der Suchtprävention in erster Linie um substanzbezogenes Verhalten (Konsumverhalten) geht, so stellt sich immer noch die Frage, in welche Richtung dieses Verhalten modifiziert werden soll. Die diesbezüglichen Formulierungen in der Literatur sind außerordentlich vielfältig (vgl. z. B. Riemann 2001, Kim 2004). Mindestens drei Grobvarianten sind zu unterscheiden:

- kein Gebrauch, Abstinenz
- kontrollierter Gebrauch
- Schadensbegrenzung.

4. Schließlich: Unterschiedliche Ansatzpunkte

Grundlegend und sehr relevant ist die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention: Geht es um das Einwirken auf die Person, ihr Wissen, ihre Einstellungen, ihre Affekte und schließlich ihr substanzbezogenes Verhalten; oder geht es um die Veränderung der mikro- und makrosozialen Verhältnisse, in der diese Person lebt und sich entwickelt?

Soweit einige Differenzierungen, die im Hinblick auf die Suchtprävention einen Unterschied machen. Eine Reihe von weiteren, z. B. bezüglich des Settings oder der Methoden präventiver Interventionen, wären durchaus möglich. Nehmen wir nur die soweit getroffenen, so lässt sich die Komplexität des Feldes grob schematisch wie in Tabelle 1 veranschaulichen.

Ein Grund für die an Chaos heranreichende Unübersichtlichkeit und den ungesteuerten Aktionismus in der Suchtprävention liegt also in der Natur der Sache: Sie ist komplex und schwer eingrenzbar. Sie kann sich auf praktisch alle Menschen in einer Gesellschaft beziehen und umfasst die unterschiedlichsten Zielgruppen, Ziele und Strategien.

Aber es lassen sich durchaus weitere Teilantworten auf die Frage nach dem Warum des problematischen Zustands der Suchtprävention geben:

- Es gibt im Feld der Suchtprävention deutliche begriffliche und theoretische Defizite; Konzepte und Strategien sind unzureichend begründet und evaluiert. Dies fängt beim vielfach ungenauen oder unbestimmten Gebrauch des Präventionsbegriffs an (vgl. Hafen 2001) und hört bei der mangelhaften empirischen Fundierung von Interventionen nicht auf. Wenig überzeugend ist, dass diese offensichtliche Not hier und da zu einer Tugend umdefiniert wird. So stellt die Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung in ihrer Stellungsnahme zur Suchtprävention 2002 fest:

Fokus / Ziele, Zielgruppe			Primärprävention								Sekundärprävention								Tertiärprävention							
			Verhaltensp.				Verhältnisp.				Verhaltensp.				Verhältnisp.				Verhaltensp.				Verhältnisp.			
			T	A	D	M	T	A	D	M	T	A	D	M	T	A	D	M	T	A	D	M	T	A	D	M
Kinder	♀	A																								
		K																								
		S																								
	♂	A																								
		K																								
		S																								
Jugendliche/ Heranwachsende	♀	A																								
		K																								
		S																								
	♂	A																								
		K																								
		S																								
Erwachsene	♀	A																								
		K																								
		S																								
	♂	A																								
		K																								
		S																								
Senioren	♀	A																								
		K																								
		S																								
	♂	A																								
		K																								
		S																								

576

↳ Abstinenz | Kontrollierter Gebrauch | Schadensminderung

Tab.1: Merkmalsdimensionen der Suchtprävention – schematisch

»Die Kommission hat bewusst darauf verzichtet, die Standpunkte ihrer Mitglieder zu einem einheitlichen Text zu harmonisieren, weil dies nur unter Verlust der Qualität der Einzelbeiträge möglich gewesen wäre … Aus Sicht der Kommission wäre es verfehlt, diese zu einem vereinheitlichenden, sodann gleichsam Allgemeingültigkeit beanspruchenden Gesamtkonzept nivellieren zu wollen … Die Bundesregierung sollte sich einer zu engen inhaltlichen-konzeptionellen Ausrichtung und damit einer vom Grundsatz her zwangsläufig immer auch einseitig wertenden Sicht der Dinge enthalten … Der Meinungs- und Wertestreit sollte vielmehr im gesellschaftlichen Raum stattfinden, seitens der Bundesregierung dort auch ohne eigene Bewertung zugelassen und schließlich konkreten operativen Entscheidungen der Akteure vor Ort überlassen bleiben.« (Drogen- und Suchtkommission 2002, S. 3) Politikverzicht als Programm. Ein weiterer Kommentar hierzu erübrigt sich wohl.

- Eine weitere Teilantwort: Die gesetzlichen Grundlagen im Feld der Prävention sind denkbar problematisch, wenn es um die Umsetzung wohl

definierter, planvoller, koordinierter und evidenzbasierter Strategien geht. Die Gesundheitspolitik ist ebenso wie die Jugendpolitik und die Bildungspolitik im Wesentlichen Sache der Länder und Kommunen. In diesen Politikfeldern spielt sich jedoch faktisch ein großer Teil der herkömmlichen Suchtprävention ab. Hierzu noch einmal die Suchtkommission des Bundes: »Es gibt auf der Grundlage der derzeitigen Organisationsstruktur im Präventionsfeld weder gesetzgeberische noch administrative Möglichkeiten, die bei den einzelnen Beteiligten (Bund, Länder, Sozialversicherungsträger) verfügbaren Ressourcen und damit die Gesamtfinanzierung der Suchtprävention im Bundesgebiet nach einheitlichen Standards zu regeln und/oder die Ressourcen bei einem Leistungsträger zu bündeln.« (Drogen- und Suchtkommission 2002, S. 24) Das stimmt – zumindest, was den Bereich der Verhaltensprävention angeht.

- Schließlich: Das Feld der Suchtprävention ist auch deshalb so zersplittert und ohne überzeugende Gesamtstrategie, weil es von Interessenkonflikten und fundamentalen Ambivalenzen durchsetzt ist.

Der letzte Punkt ist zentral und wird unten noch einmal aufgegriffen.

Zur Wirksamkeit von Prävention: Was nicht wirkt

So weit, so schlecht. Welcher Weg aber führt heraus aus dem soweit skizzierten beklagenswerten Zustand der Suchtprävention in Deutschland? Ganz nüchtern und pragmatisch kann es doch nur um die Frage gehen: Was wirkt? Welche Art von Prävention ist wirksam und welche nicht? Bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur drängt sich der Eindruck auf, dass diese Frage in der bundesdeutschen Diskussion bisher eine eher randständige Rolle spielt (z.B. auch in der Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung zur Suchtprävention). Eine Teilursache dafür dürfte sein, dass der wissenschaftlich fundierte Nachweis der Wirksamkeit präventiver Interventionen mit besonderen methodischen und auch politischen Problemen und Hindernissen konfrontiert ist (vgl. Bundeszentrale 2004, Kap. 1).

Es ist jedoch keineswegs so, dass es wenig oder gar keine empirische Evidenz gäbe. Dies mag vor 15 Jahren gegolten haben. Heute gibt es zahlreiche, wenn auch zumeist englischsprachige Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, die sich sowohl auf verhaltens- als auch auf verhältnispräventive Strategien beziehen.

Hier exemplarisch einige Statements verschiedener Autoren:

Tab. 2: Was *nicht* wirkt in der Suchtprävention *(Hervorhebungen und Übers.: GW)*

Moskowitz 1989 »Es gibt gegenwärtig wenig Evidenz, die die Effektivität von Programmen der Primärprävention belegt. Solche Programme mögen das Wissen, Meinungen oder Einstellungen beeinflussen, im Allgemeinen wirken sie aber nicht auf das Verhalten (S. 79). Zusammengenommen scheint der Effekt von Massenmedien-Kampagnen ähnlich zu sein wie der von pädagogischen Programmen. *Am wahrscheinlichsten ist ein Einfluss auf das Wissen, am wenigsten wahrscheinlich ein Einfluss auf das Verhalten.*« (S. 74)
Watzl 1996: »Wenn eine Wirkung nachweisbar ist, dann eher auf Personen, die Suchtmittel ablehnen oder die noch keine … konsumieren, meist in Form einer verstärkten Ablehnung oder eines Aufschubs des Einstiegsalters … *Wirkungen auf bereits konsumierende Personen wurden dagegen bisher kaum nachgewiesen.*« (S. 66)
Foxcroft et al. 1997 (Alkoholpräventions-Programme bei Jugendlichen): »Das Fehlen zuverlässiger Evidenz bedeutet, *dass kein einziges Modell von Präventionsprogrammen empfohlen werden kann.*« (S. 531)
John et al. 1998: »Die Untersuchungsergebnisse lassen sich so resümieren, dass praktische Interventionen zum unmittelbaren Umgang mit Substanzen und darüber hinausgehende Kompetenzerweiterungsprogramme bei Jugendlichen *einen zeitlich begrenzten Effekt haben.*« (S. 64 f)
Tobler et al. 2000/Hanewinkel & Wiborg 2003: »Die überwältigende Mehrheit der Studien untersucht die Effekte universeller präventiver Interventionen im schulischen Kontext. *Die Effekte der Programme sind insgesamt gesehen als klein zu bewerten* … bei nicht interaktiven ist lediglich ein Wisseneffekt, aber kein Einstellungs- oder Verhaltenseffekt feststellbar.« (S. 189)
Wicki & Stübi 2001: »Betrachten wir die bis heute durchgeführten Evaluationsstudien über substanzbezogene Präventionsprogramme, so ergibt sich ein *einigermaßen ernüchterndes Bild.*« (S. 220)
Babor et al. 2003: »Alkoholbezogene Erziehungsprogramme in der Schule verbessern das Wissen und verändern Einstellungen gegenüber dem Alkohol, der *tatsächliche Substanzgebrauch bleibt jedoch unbeeinflusst*. Ansätze, die sich auf die Klärung von Werthaltungen, Selbstbewusstsein, allgemeine soziale Fertigkeiten und ›alternative‹ Ansätze, die Aktivitäten fördern, die unvereinbar mit Alkohol sind (z.B. Sport), *sind ähnlich ineffektiv.*« (S. 1347) Zu umfassenden, gemeindebezogenen Programmen: »Die Evaluation besagt, dass sogar die umfassenden Programme wohl *nicht ausreichen*, um den Beginn des Alkoholkonsums aufzuschieben oder um eine geringe Reduktion des Trinkens über die Dauer des Programms hinaus aufrechtzuerhalten.« (ebd.) Zu öffentlichen Kampagnen: »Trotz ihrer guten Absichten sind öffentliche Kampagnen ein *ineffektives Gegenmittel* zu den hoch qualifizierten Botschaften für das Trinken, die sehr viel häufiger als bezahlte Anzeigen in den Massenmedien erscheinen.« (ebd.)

Alles in allem also: Eine höchst ernüchternde Bilanz! Verhaltensbezogene Programme der Primärprävention von Substanzproblemen sind nicht geeignet, substanzbezogenes Verhalten zu verändern, jedenfalls nicht bedeutsam und nachhaltig. Das Gleiche gilt für Medien-Kampagnen.

Wenn das aber so ist: Warum dann all die Programme, von denen auch die deutsche Fachöffentlichkeit bis weit in den Bereich der Wissenschaft hinein fordert, das sie intensiviert werden sollen? Schon heute werden allein von Bund und Ländern weit mehr als 20 Mio. Euro für Erziehungsprogramme und Medienkampagnen ausgegeben!

Dazu die zweite These:

Es gibt bezüglich des Substanzgebrauchs in unserer Gesellschaft fundamentale Interessenkonflikte und tief verwurzelte Ambivalenzen. Diese resultieren in »symbolischer Politik«: Viel tun, ohne jemandem wehzutun – was dabei herauskommt ist sekundär.

Ein paar Fakten zur Untermauerung dieser These:

- Der Staat hat ein hohes fiskalpolitisches Interesse daran, dass der Konsum von Suchtmitteln nicht spürbar zurückgeht. Explizit deshalb wurde die Besteuerung von Tabak und Zigaretten in den letzten Jahren nur moderat, in für den Verbraucher jeweils noch tolerablen Schritten, angehoben. So stieg das Tabaksteueraufkommen von 9,9 Mrd. Euro 1993 auf 13,8 Mrd. Euro 2002 (Thamm & Junge 2003).
- Der Staat kann/will auch auf den erheblichen Beitrag der Konsumsteuern auf Alkohol (2002: 3,38 Mrd. Euro) nicht verzichten (Meyer & John 2003).
- Im Jahr 2000 wurde der Tabakanbau aus EU-Mitteln mit 1 Mrd. Euro subventioniert, die Branntweinproduktion aus Bundesmitteln mit fast 260 Mio. DM (Drogen- und Suchtkommission 2002).
- Die Ressourcen, die für Primärprävention zur Verfügung stehen, sind zu vernachlässigen im Vergleich zu den Aufwendungen der Industrie für das Marketing legaler Suchtmittel. So betrugen die Werbeaufwendungen für alkoholische Getränke in 1999 555 Mio. Euro. Die Tabakindustrie wendete im selben Jahr 315 Mio. Euro für Werbemaßnahmen auf (Schmidt 2003).
- Nicht zuletzt die Internationalisierung der Märkte: Nationale und lokale Politikansätze werden zunehmend untergraben durch die Auswirkungen internationaler Handelsabkommen und gemeinsamer Märkte. In dem Maße, wie z.B. Alkohol wie eine ganz normale Ware behandelt wird, ergeben sich ernst zu nehmende Hindernisse für wirksame Kontrollpolitiken (Babor et al. 2003).

Wir leben also in einer weitgehend permissiven, von Marktgesetzen getriebenen Kultur, zumindest was den Umgang mit legalen Suchtmitteln angeht. An ihrer Produktion und ihrem Vertrieb verdienen viele, nicht zuletzt der Staat. Die große Mehrheit der Bevölkerung will oder kann sich das tägliche Bierchen oder das gepflegte Glas Wein, den gelegentlichen Rausch, die Zigarette danach etc. nicht nehmen lassen. Es ist extrem schwierig und zugleich wenig glaubwürdig, gegen solche Fundamentalbotschaften suchtpräventive Orientierung vermitteln zu wollen. So stellt Hansen (1996) ebenso bündig wie zutreffend fest: »Die generell negativen Ergebnisse der auf Alkohol oder andere Substanzen bezogenen Schulungsprogramme überraschen nicht. Vieles davon ist unrealistisch und unvereinbar mit der Welt, in der Schüler leben.« (ebd. S. 236, Übers. G. W.)

Insofern ist es folgerichtig, dass aktuelle Zielformulierungen für die verhaltensbezogene Suchtprävention das Abstinenzparadigma (auch für illegale Substanzen) weitgehend hinter sich gelassen haben. Stattdessen wird z. B. von »Risikokompetenz« (Franzkowiak & Schlömer 2003) oder gar von »Drogenmündigkeit«, einschließlich »Regeln für sichere Räusche« (Kim 2004) gesprochen.

Nicht zuletzt: Die zunehmende sozialpolitische Devaluierung bzw. Deklassierung großer Gruppen der Gesellschaft – seien dies Sozialhilfeempfänger, Arbeitslose, Ich-AGler oder Minijobber, Aussiedler oder Migranten, Alleinerziehende oder Kinderreiche, Alte oder eingeschränkt Leistungsfähige – trägt nicht eben dazu bei, Missbrauch und Sucht den gesellschaftlichen Nährboden zu entziehen. Angesichts solcher Tendenzen ist Suchtprävention kaum mehr als ein hilflos anmutender Versuch. Er ist vielleicht gut gemeint, aber in seiner Wirkung das Gegenteil von gut – und zwar dann, wenn er zum Alibi wird und zum Ersatz für wirklich ernst zu nehmende Strategien und Politikansätze. Aber gibt es solche überhaupt?

Zur Wirksamkeit von Prävention: Was wirkt

Im Hinblick auf die Primärprävention von Alkoholproblemen lassen sich inzwischen hinreichend präzise Antworten geben. Die wohl aktuellsten und am besten fundierten finden sich in dem Buch »Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy«, herausgegeben von der »Alcohol & Public Policy Group« (s. Tab. 3).

Tab. 3: Mitglieder der »Alcohol & Public Policy Group«

Thomas Babor/University of Connecticut (USA)
Raul Caetano/University of Texas (USA)
Sally Casswell/Massey University (New Zealand)
Griffith Edwards/National Addiction Centre (United Kingdom)
Norman Giesbrecht/University of Toronto (Canada)
Kathryn Graham/Centre for Addiction and Mental Health (Canada)
Joel Grube/University of California (USA)
Paul Gruenewald/University of California (USA)
Linda Hill/University of Auckland (New Zealand)
Harold Holder/University of California (USA)
Ross Homel/Griffith University (Australia)
Esa Österberg/Institute for Social Research (Finland)
Jürgen Rehm/University of Toronto (Canada)
Robin Room/Stockholm University (Sweden)
Ingeborg Rossow/National Institute for Alcohol and Drug Research (Norway)

Quellen: Babor et al. (2003), Alcohol & Public Policy Group (2003).

Gesichtet wird nicht weniger als die weltweit vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit von primär- und sekundärpräventiven Strategien. Im Folgenden eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse:

Tab. 4: Was *wirkt* ? Evidenzbasierte Alkohol-Prävention

Benchmark-Studie der Alcohol & Public Policy Group
32 Interventionstypen bzw. Strategien zur Prävention bzw. Begrenzung von Alkoholproblemen (einschließlich therapeutischer Interventionen) wurden nach vier Hauptkriterien bewertet:

- Evidenz für die Wirksamkeit
- Güte der Forschungsergebnisse
- Ausmaß der Überprüfung über verschiedene Länder und Kulturen
- Relative Kosten bezüglich Zeit, Ressourcen und Geld

Die folgenden zehn Politik-Optionen treten als »best practices« hervor:

- Altersbegrenzung für den Verkauf alkoholischer Getränke
- Staatsmonopol auf den Einzelhandel
- Einschränkungen der Verkaufszeiten oder -tage
- Einschränkung der Verkaufsstellen
- Erhöhung der Alkoholsteuern
- Alkoholkontrollen i. S. von Checkpoints für Nüchternheit
- Herabgesetzte Schwelle des Blutalkoholgehalts von Verkehrsteilnehmern
- Entzug der Fahrerlaubnis
- Gestufte Fahrerlaubnisse für junge Verkehrsteilnehmer
- *Kurzinterventionen für riskant konsumierende Personen*

Stand und Stellenwert der einzelnen Optionen für die Suchtprävention in Deutschland können hier nicht diskutiert werden. Deutlich werden soll vor allem eins: Die ersten neun dieser »top ten« benennen Maßnahmen der *Verhältnis-* und *nicht* der Verhaltensprävention.

Damit ist eine *dritte These* begründet:

In der Prävention von substanzbedingten Problemen durch legale Drogen sind zuallererst politische Strategien und staatliches Handeln gefordert, nicht Verhaltens- oder gar Persönlichkeitsänderung durch Pädagogik, Therapie oder Kampagnen. Oder auf Neudeutsch: It's politics, stupid, not treatment!

An dieser Stelle ist vielleicht ein Blick auf die Drogenpolitik angebracht. Sie ist ja nicht nur in Deutschland primär verhältnispräventiv ausgerichtet, nämlich prohibitiv-repressiv. Auch unter Fachleuten ist die Auffassung verbreitet, dass diese Politik letztlich gescheitert sei, denn die Drogenprobleme in unserer Gesellschaft nehmen eher zu als ab. Tatsächlich mag man diskutieren, ob das Totalverbot der wirksamste Weg zur Eindämmung ist. Es ist jedoch mehr als wahrscheinlich, dass eine Aufgabe der repressiven Haltung zugunsten eines liberal-permissiven Umgangs auch mit illegalen Drogen zu einer massiven Zunahme von Drogenproblemen führen würde, gegen die Verhaltensprävention hilflos wäre. Insofern sind die Erfahrungen mit der Drogenpolitik eher als Argument *für* die Verhältnisprävention zu werten.

Besonders hinzuweisen ist auf folgenden Umstand: Während pädagogische und therapeutische Programme der Verhaltensprävention bei uns in die Zuständigkeit der Bundesländer gehören (Gesundheit und Bildung), ist der Bund gefordert und er ist handlungsfähig, wenn es um die Verhältnisprävention geht, also z.B. um Verbrauchssteuern, Jugendschutz und Drogen im Straßenverkehr etc.

Erst an zehnter Stelle der Liste findet sich eine Strategie der Verhaltensbeeinflussung: Kurzinterventionen bei riskant Konsumierenden. Hierbei handelt es sich um Ansätze der Sekundärprävention (riskant Konsumierende), die in erster Linie in das Setting der medizinischen Primärversorgung gehören. Die Wirksamkeit dieser Strategien ist in der Tat gut belegt. Dies gilt insbesondere bezogen auf Alkohol- (Küfner 2000, Kremer 2003a), aber zunehmend auch für Drogenkonsumenten (Kremer 2003b, McCambridge & Strang 2004). Einen Überblick über einschlägige Programme im deutschen Sprachraum geben Rühling et al. (2004).

Eine Agenda für die Suchtprävention

Aus der Hitliste der »Alcohol & Public Policy Group« ergibt sich eine völlige Neugewichtung der Prioritäten und Verantwortlichkeiten in der Suchtprävention:

- Ganz oben auf die Agenda gehört die Primär- und die Sekundärprävention durch verhältnisbezogene Strategien, d.h. durch Fiskal-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik, durch Verbraucherschutz sowie schließlich auch Gesundheitspolitik. Und hier ist der Bund keineswegs machtlos. Er muss und darf sich nicht auf die Rolle des Finanziers und Moderators beschränken, wie dies die Drogen- und Suchtkommission fordert. Aber auch die Länder (über Gesundheits- und Bildungspolitik) sowie die Kommunen sind gefragt (z.B. bei Öffnungszeiten, Alkoholkontrollen etc.). Suchtprävention braucht also einen starken, handlungswilligen Staat, der sich auch gegen mächtige Partikularinteressen behauptet, wenn sie nicht zum Feigenblatt verkommen soll. Es liegt auf der Hand, dass diese Forderung nicht gerade dem politischen Zeitgeist entspricht. Aber sie bewegt sich durchaus nicht im Bereich des Irrealen. Es gibt mehrere Beispiele aus der letzten Zeit, die die Hoffnung nähren, dass die Politik ihre Rolle in der Suchtprävention zunehmend anerkennt und ausfüllt: Hier sind vor allem die vom Bundestag (gegen den Einspruch des Bundesrates!) beschlossene und am 1. August 2004 in Kraft getretene Sondersteuer auf die sog. Alcopops sowie Absatzbeschränkungen bei Zigaretten zu nennen: Keine Packungen mit weniger als 17 Zigaretten, der Einzelverkauf und das Verschenken sind untersagt. Eine andere Meldung aus jüngster Zeit: Die Subventionierung des Tabakanbaus in der EU soll ab 2010 entfallen. Es gibt also Anlass zur Hoffnung.
- Mit großem Abstand an zweiter Stelle der Agenda folgt die gezielte Umsetzung von verhaltensbezogenen sekundärpräventiven Strategien der Früherkennung und Kurzintervention bei riskant oder schädlich Konsumierenden. In Bezug auf legale Drogen ist das Setting der Wahl für die Umsetzung dieser Strategien eindeutig die medizinische Primärversorgung durch niedergelassene Ärzte und Allgemeinkrankenhäuser – schlicht deshalb, weil dort die allermeisten Betroffenen ohnehin auftauchen, ob wegen eines substanzbedingten Problems oder einer anderen Gesundheitsstörung (vgl. Wienberg 2002). In Bezug auf illegale Substanzen sind weitere Kontexte für die Sekundärprävention in den Blick zu nehmen wie Lokale und Diskotheken, Jugendhilfeeinrichtungen, Polizei und Justiz, Schulen etc. (Rühling et al. 2004).

Schließlich – und das ist die *vierte* und eine vielleicht provokante *These*: *Der verhaltensbezogenen Primärprävention durch Pädagogik und Therapie – und diese dominiert die Präventionsdiskussion in Deutschland bis heute – kommt auf der Präventionsagenda bestenfalls noch ein Rang unter »ferner liefen« zu – eben weil sie nachweislich äußerst begrenzte Wirkungen auf das substanzbezogene Verhalten hat. Groß angelegte und teure Programme dieser Art sind nicht länger zu rechtfertigen.*

Allenfalls kommen Pädagogik und Kampagnen eine flankierende Funktion bei der langfristigen Beeinflussung von Einstellungen und Normen zu. Entsprechende Ansätze wären einzubetten in übergreifende Strategien der Gesundheitserziehung, z.B. im Rahmen eines Unterrichtsfaches Gesundheitsförderung, das auch andere Lebensbereiche einzubeziehen hätte wie Ernährung, Sexualität, körperliche Fitness.

Wenn es gelingen soll, die Präventions-Agenda in dieser Weise vom Kopf auf die Füße zu stellen und in praktische Politik umzusetzen, dann muss die Präventionsdebatte weit über den Horizont von Suchtkrankenhilfe, von Psychiatrie und Pädagogik hinaus erweitert werden: Es geht um die Gesundheit der Bevölkerung (»public health«) und eine entsprechende Debatte über Ziele und Prioritäten, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Eine solche Debatte ist unbedingt notwendig und zwar bevor das von der Bundesregierung geplante Präventionsbudget von 180 Mio. Euro per anno auf den üblichen Prinzipien verteilt wird, als da z.B. wären: Gießkanne, Proporz, wer zuerst kommt, mahlt zuerst etc. Denn es geht auch und besonders in der Suchtprävention um Interessen und Interessenkonflikte nicht zuletzt ökonomischer Art – übrigens auch aufseiten der Anbieter von Präventionsprogrammen. An dieser und an keiner anderen Stelle wird sich die Zukunft der Suchtprävention entscheiden. Also doch: It's the economy, stupid!?

Erfahrungen der Suchtprävention nutzen!?

Was könnten andere Felder, in denen es um die seelische Gesundheit und deren Erhaltung geht, von der Suchtprävention lernen? Das ist weniges, was gleichwohl schwer wiegt: Es geht immer auch und oft zuerst um die Verhältnisse, die Kultur, die Ökologie und Ökonomie, in denen wir leben. Diese Verhältnisse sind so zu gestalten und zu entwickeln, dass sie der seelischen Gesundheit zuträglich sind und diese nicht gefährden. Und dies ist immer auch – wenn nicht vor allem anderen – eine politische Aufgabe.

Literatur

Alcohol & Public Policy Group (2003) Alcohol: No ordinary commodity. A summary of the book. Addiction 98, 1343–1350.

Babor TF, Caetano R, Casswell S et al. (2003) Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and public policy. Oxford University Press, Oxford.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004) Suchtprävention in der Bundesrepublik Deutschland – Grundlagen und Konzeption. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 24. BZgA, Köln.

Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit (2002) Verbesserung der Suchtprävention – Stellungnahme. Typoskript, Berlin

Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G (1997) Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. Addiction 92, 531–537.

Franzkowiak P, Schlömer H (2003) Entwicklung der Suchtprävention in Deutschland: Konzepte und Praxis. Suchtther 4, 175–182.

Hafen M (2001) Die Begrifflichkeit in der Prävention – Verwirrung auf allen Ebenen. Abhängigkeiten 7 (1), 33–49.

Hanewinkel R, Wiborg G (2003) Effektivität verhaltenspräventiver Interventionen zur Suchtvorbeugung. Suchtther 4, 183–191.

Hanson DJ (1996) Effectiveness of specific public policies on substance abuse prevention. Curr Opin Psychiat 9, 235–238.

John U, Hapke U, Rumpf HJ (1998) Der bevölkerungsbezogene Gesundheitsansatz und Konsum psychotroper Substanzen. Z. f. Gesundheitswiss. 6, 58–74.

Kim JI (2004) Paradigmenwechsel in der Suchtprävention: akzeptierende Drogenerziehung. Theor Prax Soz Arb 1, 18–25.

Kremer G (2003 a) Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. Suchtther 4, 125–131.

Kremer G (2003 b) Früherkennung und Kurzintervention – ein neues Heilmittel? In: Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten. LWL, Forum Sucht, Bd. 33, 43–56.

McCambridge J, Strang J (2002) The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. Addiction 99, 39–52.

Meyer C, John U (2003) Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht, Neuland, Geesthacht, 19–36.

Moskowitz JM (1989) The primary prevention of alcohol problems: a critical review of the research literature. J Stud Alc 50, 54–88.

Riemann K (2001) Qualitätssicherung und Evaluation von Suchtprävention. In: Suchtprävention im Kinder- und Jugendschutz. BAG Kinder- und Jugendschutz e. V., Berlin, 19–29.

Rühling E, Stich M, Hartwig C (2004): Frühinterventionen bei Suchtgefährdung – Ein Überblick. Suchtther 5, 60–69.

Schmidt WA (2003) Stiefkind Prävention. Bestandsaufnahme der strukturellen Situation der Suchtprävention. Jahrbuch Sucht, Neuland, Geesthacht, 171–179

Thamm M, Junge B (2003) Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht, Neuland, Geesthacht, 37–63.

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P et al. (2000) School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-Analysis. J Primary Prev 20, 275–336.

Voß R (1987) Ganzheitliche Abhängigkeitsprophylaxe – Von der linearen zur topologischen Perspektive. Suchtgef 33, 423–433.

Watzl H (1996) Präventive Ansätze zur Verhinderung von Alkoholmissbrauch. Gesundheitsw 58, S 1, 63–67.

Wienberg G (2001) Die «vergessene Mehrheit» heute – Teil IV: Zur Situation in der medizinischen Primärversorgung. In: Wienberg G, Driessen M (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Wicki W, Stübi B (2001) Präventionsforschung im Bereich substanzgebundener Abhängigkeiten bei Jugendlichen: State of the Art. Z. f. Gesundheitswiss. 9, 205–228.

Prävention ohne Zwang zur Gesundheit

Klaus Dörner

Meine These lautet: Dem geplanten Präventionsgesetz ist die folgende Präambel voranzustellen: »Prävention kann nur dann mehr nutzen als schaden, wenn sie nicht in einem marktgesteuerten, sondern in einem solidarischen Gesundheitssystem organisiert ist; das hat uns die Geschichte der Moderne gelehrt.« Ich beschränke mich im Folgenden auf die Begründung dieser These aus verschiedenen Perspektiven.

1. *Phänomenologisch* ist jeder wissenschaftliche Gesundheitsbegriff destilliert aus einem lebensweltlichen Gesundheitsbegriff. In dessen Version nach GADAMER (1996) ist Gesundheit – ähnlich wie der Schlaf – verborgen. Strebt man sie gezielt an, entzieht sie sich. Lebt man gesundheitsbewusst, ist man schon nicht mehr gesund. Gesundheit ist somit mein selbstvergessenes Weggegebensein an die Vollzüge meines Lebens. Aktiv anzielen kann ich nur die präventive Beeinflussung der Bedingungen der Möglichkeit des Gesundseins. Ist Gesundheit aber ein Gut unter den anderen Gütern des Marktes, werde ich immer mehr davon haben wollen, was mit dem selbstvergessenen Weggegebensein unvereinbar ist.

2. *Etymologisch* sollten wir doch noch mal darüber nachdenken, ob wir die Bedeutung von Gesundheit vom Körperlichen einfach so aufs Seelische übertragen können; denn wir übertragen damit ja auch die Bedeutung des medizinischen Behandelns von Körperkrankheiten; dies lässt sich nicht abkoppeln. Wenn es beim »Netzwerk Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit Bremen«, dessen Absichten ich bewundere, um Freiheit, Verantwortung, Sinnorientierung und Handlungskompetenz geht, das Ganze aber unter »seelische Gesundheit« segelt, fürchte ich den entpolitisierenden Preis für die dadurch sicher verbesserte Verkaufsstrategie.

Zum anderen ist über die wörtliche Bedeutung von »Prävention« nachzudenken. Das Wort kommt von praevenire, was zuvorkommen bedeutet. Das entspricht also dem Bild, wonach bei der sekundären Prävention eine Krankheit, bei der primären Prävention viele Krankheiten mir im Nacken sitzen, mich bedrohen, ich aber immer schneller renne, sodass ich ihnen zuvorkomme, mich von ihnen befreie.

3. *Historisch* folgt der atemberaubende Fortschritt der medizinischen Modernisierung seit dem 19. Jh. in gewisser Weise selbst dieser Präventions-Metapher: Es kommt darauf an, durch ständige Temposteigerung den Krankheiten zuvorzukommen, bis sie uns nicht mehr erreichen können. Dem ständigen Wachstum der Wirtschaft seit der Industrialisierung entsprach der

Glaube an die Machbarkeit der Entlastung von allen körperlichen und psychosozialen Lasten und damit der leidensfreien Gesellschaft. LABISCH (1992) hat dafür den für das 19. Jh. neuen Typus des »homo hygienicus« geschaffen. Während menschheitsgeschichtlich bis zum Beginn der Moderne das solidarische Helfen und Sorgen in Krankheit und Not immer Sache der Gesellschaft der Bürger war, traten nun zunehmend und zunächst effektiver der Staat und später die Wirtschaft an die Stelle der Bürger. Zeitgleich und im Zusammenhang damit wurden die drei Institutionen bürgerlicher Solidarität – Familie, Nachbarschaft und Kommune – zunehmend entwertet, verloren erheblich an sozialer Funktion und Autorität. Und die einzelnen Bürger, indem sie sich ab 1880 von tätiger Solidarität mit dem Einsatz von Zeit durch Geld (Steuern und Beiträge) freikaufen konnten, mussten glauben, dass nun an die Stelle des Lastenausgleichs zwischen Starken und Schwachen für sie nur noch die individuelle Freiheit und Selbstbestimmung sowie die Steigerbarkeit ihrer Gesundheit im »survival of the fittest« handlungsleitend sei. Die drei wichtigsten Instrumente dieser Fortschritts-Erfolgsstory waren die Verwissenschaftlichung der (medizinischen) Technik, die Professionalisierung des Helfens und die Institutionalisierung der Kränkeren in Krankenhäusern, Anstalten und Heimen.

Dass dies nicht ohne neue, moderne Formen der Gewalt und des Zwangs zur Gesundheit abging, da ja die leidensfreie Gesellschaft das Ziel war, wird schon früh an der seelischen Gesundheit, nämlich an den Umgangsformen mit psychisch Kranken und Behinderten in ihren sozialen Institutionen deutlich: Erstens eine bis dahin unbekannte technisch-therapeutische Gewalt in der ersten Hälfte des 19. Jh. Zweitens eine administrative Gewalt ab der zweiten Hälfte des 19. Jh., als sich zeigte, dass die meisten Behinderten resistent gegen die Therapie waren und nun, weiter im Dienst der leidensfreien Gesellschaft, zumindest unsichtbar, also lebenslänglich verwahrt sein sollten. Um 1900 war die Tempobeschleunigung, die Erfolgs-Ungeduld schon so groß geworden, dass man nun drittens zur präventiven Gewalt überging, anfangs durch Sterilisation, aber schon im Ersten Weltkrieg durch die beabsichtigte Herbeiführung ihrer Übersterblichkeit. Eine vierte Gewaltstufe hat der amerikanische Medizin-Ethiker Warren T. Reich für die modernisierungsbewussten NS-Mediziner beschrieben: Vorrang der Prävention vor der »care« und der kurativen Medizin, der Vor- vor der Fürsorge, der Hoffnung auf die zukünftig Gesunden vor den heute leidenden Kranken – ein Paradigma, dem – nach REICH (1997) – die USA und Europa im Grundsatz auch heute noch folgen. All dies war Grund genug, dass aus dem weltweiten Erschrecken nach dem Zweiten Weltkrieg über die NS-Medizin und damit auch über den Ver-

lust an Solidarität als Preis des technisch-medizinischen Fortschritts eine Solidaritäts-Bürgerbewegung zu einer umfassenden Deinstitutionalisierung aller institutionalisierten Bürger aufrief – auch als die wirksamste Form einer tertiären Prävention.

Dies hätte erfolgreich sein können, wäre es nicht etwa ab 1980 zu einem Ende des seit 150 Jahren als selbstverständlich unterstellten Wirtschaftswachstums gekommen – und damit zur Unlösbarkeit des Finanzierungsproblems für die – wie gewohnt am Ziel der leidensfreien Gesellschaft und an der Entlastung von Lasten orientierten – weiter wachsenden Bedürfnisse des Gesundheits- und Sozialsystems.

Denn nun zog sich der Staat auf die bürokratische Kostenbremsung des Gesundheits- und Sozialsystems zurück und überließ dessen weitere Gestaltung zu Lasten der Bürgergesellschaft zunehmend der Wirtschaft und ihrer Marktsteuerung mit ihren Geboten des Konkurrenten ausschaltenden Wettbewerbs, der Expansion in Richtung auf Mengenwachstum, auf gemeindeferne Anbieter-Fusion, auf kostentreibende Spezialisierung und auf entpolitisierende Umwandlung von immer mehr Befindlichkeiten und Verhaltensweisen in therapeutisch und präventiv behandlungsbedürftige Krankheiten sowie mit ihrem ethischen Gebot zu investieren, nicht wo es sich solidarisch am wenigsten, sondern wo es sich ökonomisch am meisten lohnt.

Für die chronisch psychisch Kranken und Behinderten wirkt sich das als eine in dieser Form neue fünfte Stufe der Gewalt aus, als ökonomische Gewalt. Denn die Betreiber von Institutionen denken jetzt, als freie Unternehmer, gar nicht mehr daran, ihre betriebswirtschaftliche Existenz zu gefährden und ihre Bewohner in kommunal-ambulante Betreuung frei zu lassen, selbst wenn sie nach der Verfassung dazu gezwungen sind, weil es Alternativen dazu gibt. So kommt der Berliner Behinderten-Pädagoge Martin Hahn aus eigener Praxiserfahrung zu der resignierten Prognose, die Behinderten müssten sich auch im 21. Jh. mit ihren Institutionen abfinden, da sie nicht mehr nur wie Gegenstände behandelt, sondern auch als Ware gehandelt würden (Hahn et al. 2003: 249 f.).

4. Obwohl also die historische wie die anthropologische Perspektive nahe legen, dass Krankheit und Gesundheit – ebenso wie Bildung und Wissenschaft – sich im Kern nicht vermarktlichen lassen, will man nicht die Gefährdung der gesamtgesellschaftlichen Gesundheit riskieren, funktioniert das in *rein ökonomischer Perspektive* trotzdem recht gut und profitabel. Das gilt schon für die Vermarktlichung der körperlichen Erkrankungen, wie nicht nur die Beispiele der Hormonsubstitution und der Cholesterin-Politik zeigen. Aber die Vermarktlichung des Seelischen, der nahezu beliebigen seelischen

Befindlichkeiten und Verhaltensweisen, gelingt, weil offener für Umdeutungen, noch viel besser, ist nur eine Frage des Marketings, um unendlich ausweitungsfähig und profitabel zu sein. Je wirksamer etwa die Schmerztherapie wird, desto mehr Menschen erleben ihre immer irgendwie empfindbaren Schmerzen immer früher als unerträglich, von ihren Ärzten empörend ignoriert und als spezialtherapiebedürftig. Der Marketing-Trick ist immer derselbe: Natürlich gab es immer schon einige Menschen, die nicht nur an Angst oder Depression, sondern auch an Schlaflosigkeit, Aggressionsneigung, Schmerzen, Essstörung, Mobbing, Burn-out, Missbrauch, Trauma, Schüchternheit, Impulsivität, Müdigkeit, sexuellen Erregungsstörungen, Konzentrationsstörungen oder Antriebsüberschuss extrem, selbst lebensbedrohlich gelitten haben und intensiv sorge- oder therapiebedürftig waren. Aber das alles ist kein Markt, solange es immer nur »einige« sind. Das alles muss vielmehr als Krankheitseinheit definiert, mit geeigneten epidemiologischen Instrumenten möglichst vielen Menschen zugeschrieben und ihnen mit der Belohnungsaussicht auf wunderbar wirksame Therapien, am besten in der Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka, schmackhaft gemacht werden, zur Befriedigung ihres unendlich und unersättlich steigerbaren Gesundheitsbedürfnisses. Und jede Krankheit hat natürlich auch noch gar nicht spürbare, aber angeblich bedrohliche Vorstufen, die dringend präventiv anzugehen sind. Hier kann ich nur die Wiederholung meines inzwischen schon berühmt gewordenen »Selbstversuches« empfehlen: Ich habe zwei Jahre lang in zwei Tageszeitungen die Berichte über die erschreckende Verbreitung psychisch behandlungsbedürftiger Krankheiten, wissenschaftlich von seriösen Professoren aus seriösen Instituten nachgewiesen, gesammelt und dann die Prozentzahlen addiert; danach leidet statistisch jeder Bundesbürger an 2,1 psychisch behandlungsbedürftigen Krankheiten. Genauer habe ich dies und auch diesen gesamten Denkzusammenhang dargestellt in »Die Gesundheitsfalle« (Dörner 2003). Die dramatisch steigende Zahl der Arbeitsunfähigkeits-Tage aus psychischen Gründen zeigen, dass die hohen Werbungskostenanteile nicht nur der Pharma-Konzerne sich durchaus bezahlt machen.

So also macht die Marktsteuerung das Gesundheits- und Sozialsystem zur menschheitsgeschichtlich größten Gesundheitsvernichtungsmaschine, von immerhin schon 2,4 Millionen Beschäftigen im Gesundheitswesen bedient, deren Ziel es in diesem System sein muss, möglichst alle Gesunden in möglichst gute, weil lebenslang therapeutisch oder präventiv behandlungsbedürftige, selbstbestimmte, autonome, ihre Wünsche frei wählende, mit Verbraucherschutz und Patientenrecht-Charta bewaffnete Kunden-Könige zu verwandeln. Und sollte jemand so unmodern sein, dass er durch all diese

Filter durchschlüpft, wird er künftig durch die Gentest-Chips garantiert in die neue Kategorie der »Noch-nicht-Kranken« umgewandelt, womit auch ihm Gesundsein als selbstvergessenes Weggegebensein ausgetrieben wäre. Die Seele und damit die Gesellschaft lassen sich also durch ihre Vermarktlichung noch besser schädigen als der Körper; am Ende steht das, was alle politisch Verantwortlichen nicht müde werden, vehement abzulehnen: die Marktgesellschaft.

5. Da Prävention als solche natürlich gleichwohl ein vernünftiges Unternehmen bleibt, ist zu fragen, wie Prävention *in einem solidarischen Gesundheitssystem* aussehen müsste, d.h. in einem System, das von sich weiß, dass es nach wie vor von der Gesellschaft der sich mit Geld und Zeit gegenseitig solidarisch helfenden Bürger ausgeht, die die Profis nur für das bezahlen, was sie selbst nicht können und was sie nicht schädigt. Genau das wollen nämlich die Bürger zunehmend, wie sich nicht nur an der ständig wachsenden Zahl der Freiwilligen zeigt. Dazu noch ein paar Stichworte und Denkanregungen:

a) Die beiden besonders modernen und präventionswirksamen Konzepte der Salutogenese und der Resilience haben sich inzwischen als zu marktgesteuert erwiesen, weil sie noch zu sehr Gesundheit am Ideal des robusten, widerstandsfähigen, elastischen, optimistisch-selbstbestimmten Individuums orientiert waren, das fähig ist, Anforderungen sich zu Nutze zu machen und somit Wettbewerber aus dem Felde zu schlagen. Dem entsprach methodisch der präventive Angriff auf einzelne Risikofaktoren oder auch Verhaltensweisen, eine Intervention, die, weil zu unilinear und mit Gewalt gegen Bürger verbunden, auch schädigend sich auswirken kann, weshalb ATTESLANDER (1997) die damit verbundene Zielvorstellung als »homo praeventicus«, als den »unheilbar Gesunden« und damit als unmenschlich kritisiert, während es doch so viele Gesundheiten wie Menschen gibt.

b) In der Folge haben wir jedoch aus solchen Fehlern offenbar gelernt und sind von der Verhaltens-Prävention mehr zur Struktur-Prävention übergegangen, also zur Anreicherung eines Settings, insbesondere eines Stadtviertels, mit medizinischen wie sozialen, mit freiwilligen wie professionellen Unterstützungsmöglichkeiten, was sich z. B. für die prekäre Gesundheit Alleinerziehender als am wirksamsten erwiesen hat (HESPE-JUNGESBLUT 2002: 18).

c) Dem entspricht das, was wir von Richard Warners Vortrag gelernt haben, dass es recht eigentlich psychiatrische Prävention für seelische Gesundheit nicht gibt, wohl aber die Verbesserung der körpermedizinischen und sozialen Rahmenbedingungen in der jeweiligen Gemeinde, im jeweiligen Quartier.

d) Für die so wichtige Kooperation mit Schulen empfiehlt sich dann, Schüler nicht etwa durch Aufklärung über etwa bei ihnen vorliegende psychische Symptome »bewusst« zu machen. (Noch ein Jahr nach dem Erfurter Amoklauf saßen den Schülern und Lehrern noch 50 Trauma-Psychotherapeuten im Nacken.) Lebensweltlich wirksamer dürften gemeinsame Praxisprojekte der Schüler mit psychisch Kranken, geistig Behinderten oder Dementen sein oder vielleicht noch mehr die Überlassung der Schul-Cafeteria an eine Zuverdienstfirma für psychisch Kranke, wie z. B. in Detmold, was sich für die künftig vermehrten Ganztagsschulen noch dringlicher anbietet.

e) Übergreifend und allgemein dürfte die wichtigste Voraussetzung für das Gelingen von Prävention in einem solidarischen Gesundheitssystem aus unserer historischen Erfahrung der Verzicht auf das Ziel der Herstellbarkeit der leidensfreien Gesellschaft und der Entlastung von Lasten sein. Denn weil das Programm der Entlastung von körperlichen und psychosozialen Lasten in unserer Modernisierungsbegeisterung nicht nur bis zu einem gesunden Optimum, sondern bis zu einem nun wieder krankmachenden Maximum getrieben wurde, werden die meisten Zivilisationskrankheiten nicht mehr durch körperliche Überlastung, sondern eher durch Unterlastung gefördert, was körperliche Wiederbelastungsprogramme erfordert.

f) Nicht anders ist es mit der psychosozialen Gesundheit. Auch hier konnte anfangs die Entlastung von Sorgen für andere als Freiheitsgewinn gefeiert werden. Aber auch hier wollten wir die Entlastung nicht nur optimieren, sondern maximieren und schwächten daher die drei Institutionen solidarischen Handelns. Dies führte hier durch Institutionalisierung und Professionalisierung des Helfens mangels Gelegenheit zwar nicht zur muskulären, wohl aber zur moralischen Atrophie unserer Fähigkeit, Bedeutung für andere zu haben, den nachbarschaftlichen Lastenausgleich zwischen Stärkeren und Schwächeren gelingen zu lassen, was Gesundsein als selbstvergessenes Weggegebensein hindert; denn gelingendes Leben bedarf auch der Last.

g) Weil wir also auch für unsere psychosoziale Gesundheit ein Wiederbelastungsprogramm brauchen, bedarf es einer nicht nostalgischen, sondern gegenwarts-angepassten Wiederbelebung der drei Solidaritäts-Institutionen, der Familie, der Nachbarschaft und der Kommune, als vornehmste Präventionsaufgabe des Staates, um das marktlastig gewordene Wechselspiel zwischen Gesellschaft, Staat und Wirtschaft wieder sowohl demokratisch als auch funktionsfähig zu machen. Dazu gehört etwa Nutzung des historischen Wissens, dass die kleinste sozial tragfähige Einheit menschheitsgeschichtlich nie die einzelne Familie, sondern stets »Haushalt + Nachbarschaft« gewesen ist, und dass die kleinste territorial erlebnisfähige Einheit für solidarische Ver-

antwortung das Stadtviertel, das Quartier oder die Dorfgemeinschaft ist. Nicht zufällig ist die Stadt Seattle, die in 100 sich selbst organisierende Nachbarschaften etwa à 5000 Einwohner gegliedert ist, zugleich die Stadt mit der höchsten Lebensqualität in Amerika.

h) Wir haben in Gütersloh als tertiäre Prävention empirisch gezeigt, dass die vollständige Deinstitutionalisierung aller chronisch psychisch Kranken und der schwierigen geistig Behinderten einer Region möglich ist, wenn all diese Langzeitpatienten soziale Bedeutung durch Arbeit in nachbarschaftlicher Erreichbarkeit, vor allem durch Zuverdienstfirmen, finden und wenn mehr psychosoziale Entwicklungszeit von den Profis für die Bürger als für die Behinderten investiert wird, bis diese viertelbezogen sagen können »das sind unsere Behinderten«.

i) Durch nichts wird aber die Gelegenheitsvermehrung zu solidarischer Wiederbelastung und damit Gesundung der Bürger mehr gefördert oder erzwungen als durch die unbeabsichtigte Folge des medizinischen Fortschritts, nämlich die menschheitsgeschichtlich erstmalig massenhafte Verbreitung sowohl der körperlich chronisch Kranken als auch der Alterskranken, die gemeinsam zur größten Bevölkerungsgruppe werden. Um ihnen nämlich neue, eigene Rollenerwartungen zuzuschreiben und um sie, vor allem die Letzten, die Dementen, solidarisch zu integrieren, ist das bisherige polare System, bestehend aus den Einzelhaushalten einerseits und dem Heimsystem andererseits, nicht mehr hinreichend, Letzteres weder nach den Wünschen der Bürger noch nach der Finanzierbarkeit. Der zu findende dritte Weg kann hier nur in Richtung auf die viertel-bezogenen, ambulanten Wohnpflegegruppen oder die nachbarschaftlichen Haushaltsgemeinschaften um die Ecke bestehen, wie sie zurzeit von einer längst wach gewordenen neuen Bürgerbewegung zu Hunderten angedacht oder realisiert werden. Dies dürfte ein Beispiel für eine paradigmatische Rahmenbedingung zur Lösung des heute größten Problems sein, zugleich für primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, von den Bürgern in Bewegung gesetzt.

Damit halte ich abschließend meine Anfangs-These für so gut begründet, dass wir sie auch als Resolution verabschieden könnten.

Literatur

Atteslander P (1997) Prävention als Risiko? Deutsches Ärzteblatt, 94: 1876–1880.

Dörner K (Hg.) (2003) Die Gesundheitsfalle. Econ-Verlag, München.

Gadamer HG (1996) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt.

Hahn M et al. (2003) Die Leute sind ja draußen aufgeblüht … Diakonie-Verlag, Reutlingen.

Hespe-Jungesblut K (2002) Welche Beratungsstruktur benötigen allein erziehende Mütter in einem Brennpunktstadtteil? in: Impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung, 36: 18.

Labisch H (1992) Homo Hygienicus, Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Campus-Verlag, Frankfurt.

Reich WT (1997) Verrat an der Fürsorge, unveröffentlichter Vortrag auf dem Ethik-Kongress vom 12.10. in Freiburg.

»Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit«

Manfred Lütz

Der Vortrag kann auf Papier mit Druckerschwärze nicht wiedergegeben werden. Das war der abschließende Höhepunkt des ersten Kongresstages. Der Vortrag begann – verspätet, das Programm war zu dicht gepackt – erst um 18.30 Uhr, aber der Saal blieb voll bis zum Schluss kurz nach 20.00 Uhr, die Zuhörer klatschten, lachten, waren begeistert, von Müdigkeit nach dem langen Tag bei ca. 600 Zuhörern keine Spur.

Die zentrale – präventive – Botschaft: »Wer Gesundheit und ewiges Leben zum höchsten Gut erhebt, der versäumt die Lust am Leben« präsentierte der Redner klug, unterhaltsam, mit (links-)rheinischem Humor gewürzt in vielen Varianten. »Karneval der Leiden – M. Lütz lehrt mit Witz die Kunst, zu leben und zu sterben«, so überschrieb die F.A.Z. ihre Rezension des Buches am 31.07.2002, auf das wir hinweisen möchten für die, die das persönliche Erlebnis des Vortrages aktivieren oder einen Abglanz davon nachholen wollen.

Manfred Lütz: Lebenslust – wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitnesskult. Patloch 2002.

Sozialrechtliche Verankerung von Prävention und ihre Wahrnehmung

Ulla Walter

Prävention und Gesundheitsförderung tangieren zahlreiche Felder des Sozial- und Gesundheitswesens. Inwieweit Prävention in den einzelnen Sozialgesetzbüchern verankert ist und inwieweit sie wahrgenommen wird, ist Gegenstand der folgenden Analyse. Betrachtet werden im Einzelnen

- Arbeitsförderung (SGB III),
- Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII),
- Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (SGB V)
- Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) (SGB VI) mit ihren Aufgaben im SGB IX,
- Gesetzliche Unfallversicherung (GUV) (SGB VII),
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) sowie
- Soziale Pflegeversicherung (SGB XI).

Die Ausführungen gehen folgenden Fragen nach:

1. Welche Begriffe werden in welchem Kontext verwendet? Inwieweit liegt ein einheitliches Verständnis zwischen den verschiedenen Sozialgesetzgebungsbereichen vor?
2. Inwieweit ist Prävention inhaltlich in den Gesetzbüchern verankert? Wie wird sie in den einzelnen Bereichen umgesetzt?
3. Wie sind Kooperationen geregelt? Inwieweit fördern bzw. hemmen diese Regelungen die Zusammenarbeit zwischen den Trägern?
4. Welche Probleme liegen bei der Finanzierung vor?

Abschließend werden Folgerungen für ein übergreifendes Präventionsgesetz gezogen und derzeitige Konzepte aufgezeigt.

Die Darstellung basiert im Wesentlichen auf der juristischen (Seewald 2002) und sozialmedizinischen Expertise zur Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Regelungen zur Prävention (Walter 2003), die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erstellt wurden. Ziel der Gutachten war die Identifikation eines Harmonisierungs-, Ergänzungs- und Präzisierungsbedarfs sowie die Erarbeitung von Vorschlägen zu ihrer Überwindung.

Zur Umsetzung der präventiven Regelungen sowie zur Identifikation ihrer Barrieren erfolgte eine systematische Analyse bislang nicht; auch Erfahrungsberichte liegen nur vereinzelt vor. Zur sozialmedizinischen Bewertung wurden deshalb in allen Bereichen (1) Fachpublikationen sowie graue Litera-

tur, Vereinbarungen und Bundestagsdrucksachen analysiert und (2) schriftliche Stellungnahmen (n = 21) ausgewählter Entscheidungsträger und Vertreter der Versorgungspraxis eingeholt. In (3) anschließenden telefonischen, zum Teil auch in persönlichen Gesprächen vor Ort, wurden diese Stellungnahmen vertiefend mit den Experten erörtert. Um verschiedene Perspektiven zu berücksichtigen, wurden in der Regel zusätzlich Interviews mit Experten weiterer Einrichtungen geführt. Insgesamt gehen 25 leitfadengestützte Interviews mit 32 Experten (durchschnittliche Dauer: 73 Min. minimal 40, maximal 130 Min.) in die Auswertung ein.

1. Begriffe und Verständnis von Prävention

Auffallend ist eine Vielfalt der Terminologie zur Prävention sowohl zwischen den einzelnen Sozialgesetzbüchern als auch in den einzelnen Regelungswerken selbst. Zahlreiche unterschiedliche Bezeichnungen sind vor allem im SGB V, IX und XI enthalten. Kein Begriff ist durchgängig in allen Büchern anzutreffen, noch nicht einmal der Begriff Prävention (s. Tabelle 1). Zudem werden Begriffe wie z. B. Vorsorge, Gesundheitsuntersuchungen, Primärprävention und Prophylaxe innerhalb der einzelnen Gesetzbücher unsystematisch verwendet.

Tab. 1: Begriffe zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern (Walter 2003)

	SGB III	SGB V	SGB VI	SGB VII	SGB VIII	SGB IX	SGB XI
Prävention		x		x		x	x
Primäre Prävention		x					
Vorsorge		x	x				x
Früherkennung		x				x	
Verhütung/Vermeidung	x	x		x		x	x
Vorbeugung							x
Prophylaxe		x					
Gesundheitsförderung		x					x
Beratung	x	x			x	x	x
Aufklärung		x			x		x
Arbeitsschutz	x	x		x	x		
Kinder- und Jugendschutz					x		

Nicht verwendet werden u.a. die Begriffe Screening, sekundäre und tertiäre Prävention. Ebenfalls fand die im Bereich Mental Health gebräuchliche Unterscheidung zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention keinen Eingang in die Sozialgesetzbücher.

In den Sozialgesetzbüchern, in denen die Bezeichnung »Prävention« verwendet wird, werden ihre Ziele nach Maßgabe des spezifischen Fokus des jeweiligen SGB definiert. Diese Definitionen entsprechen im Wesentlichen denen des Sachverständigenrates (2002), verbunden mit dem Grundsatz »Prävention vor Reha vor Pflege«.

Primäre Prävention findet sich ausschließlich im SGB V (§ 20), wobei, abweichend von ihrem traditionellen Verständnis, eine salutogen orientierte Zieldefinition vorgenommen wurde. Zudem erfolgte erstmals – und bislang in der deutschen Gesetzgebung einmalig – die Festschreibung der Verringerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit als ein Leistungsbeitrag der GKV. Nur in zwei Sozialgesetzbüchern findet sich der Begriff der Gesundheitsförderung. Mit der betrieblichen Gesundheitsförderung im SGB V (§ 20) rekurriert er auf das etablierte WHO-Konzept des Setting-Ansatzes. In der Pflegeversicherung (SGB XI § 7) wird diese aufgefordert, die Eigenverantwortung ihrer Versicherten zu unterstützen und zu ihrer »Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen« hinzuwirken, ohne deren Inhalte allerdings näher zu spezifizieren. Ebenfalls im Zusammenhang mit der Selbstverantwortung der Versicherten wird der ältere Begriff der Vorsorge im SGB V (§ 1) und SGB XI (§ 6) verwendet. Was genau unter den dort aufgeführten Vorsorgemaßnahmen zu verstehen ist, bleibt unklar, da in diesen Regelungswerken diese Bezeichnung nicht mehr verwandt wird und eine Spezifizierung unterbleibt. Der Begriff der Prophylaxe wird in den Sozialgesetzbüchern nur im Zusammenhang mit der Förderung der Mundgesundheit gebraucht und findet sich dort lediglich in der Überschrift (SGB V §§ 21, 22, Individual- bzw. Gruppenprophylaxe) (zur detaillierten Analyse s. Walter 2003 a).

Die Sozialversicherungsbereiche sind nicht nur durch eine Begriffsvielfalt in ihren Gesetzen gekennzeichnet, auch das Verständnis von Prävention ist nicht in allen betrachteten Bereichen identisch und unterscheidet sich – entsprechend den Traditionen der jeweiligen Träger – teilweise erheblich. In der GKV entspricht es im Wesentlichen der Definition des Sachverständigenrates (2002). Die betriebliche Gesundheitsförderung, ebenso wie die von allen Kassen gemeinsam getragenen Projekte zur Gesundheitsförderung in der Schule, orientieren sich vor allem am Setting-Ansatz der WHO. Auch wenn in der Pflege das Konzept der Gesundheitsförderung zumindest auf WHO-Ebene verankert ist, so ist die Verwendung der Begriffe Prophylaxe,

Prävention, aktivierende Pflege und Gesundheitsförderung in der Praxis noch nicht eindeutig getrennt und mit Inhalten gefüllt.

Mit der Mitte der 90er-Jahre erfolgten Neuausrichtung des Arbeitsschutzes in Deutschland und der entsprechend angepassten gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) liegt ihnen ein Gesundheitsverständnis zugrunde, dass mit der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, einer vermehrten Partizipation der Beschäftigten sowie einer präventiven Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe von Betriebs- und Unternehmenspolitik weit über das bisherige Verständnis des Arbeitsschutzes hinausreicht. Damit ist eine erhebliche Ausweitung der präventiven Aufgaben für die Berufsgenossenschaften (BGen) als den Trägern der Unfallsversicherung verbunden. Dennoch ist die GUV in der Versorgungspraxis nach wie vor stark geprägt von dem traditionellen Verständnis des Arbeitsschutzes, bei der die kausale Engführung der unfallorientierten Gefahrenabwehr und Schutzmaßnahmen im Vordergrund standen. Ein erweitertes, auf arbeitsbedingte psychische, strukturelle und komplexe körperliche Gesundheitsgefahren bezogenes Verständnis kann sich erst allmählich durchsetzen.

In der Arbeitsförderung wird der Begriff der Prävention selbst nicht verwendet. Prävention bezieht sich im SGB III ausschließlich auf die Verhütung bzw. Verringerung von Arbeitslosigkeit. Gesundheitsbezogene Prävention im Sinne des Sachverständigenrates findet sich nicht explizit in der Arbeitsförderung. Entsprechend liegt ein vertieftes Verständnis allenfalls beim ärztlichen Dienst vor.

Auch in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) fand die Bezeichnung Prävention keinen Eingang in den Gesetzestext. Ebenso wenig ist die Förderung und Erhaltung von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlsein im Sinne von »Gesundheit« nicht ausdrücklich und nicht an prominenter Stelle in den Leitgesichtspunkten des SGB VIII verankert. Dennoch ist Prävention seit den 90er-Jahren zentral mit dem Selbstverständnis der Kinder- und Jugendhilfe verbunden (Lüders 1995). Den Unterscheidungen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention liegt in der Kinder- und Jugendhilfe vor allem ein sozial-pädagogisches Verständnis zugrunde, das nicht an Gesundheit im engeren Sinne ausgerichtet ist: Primäre Prävention zielt auf lebenswerte und stabile Verhältnisse, um größere Konflikte und Krisen im Sozialisationsgeschehen zu vermeiden. Sekundäre Prävention soll vorbeugende Hilfen in belastenden Situationen bieten, die zu Krisen auszuwachsen drohen. Tertiäre Prävention setzt bei bereits eingetretenen Krisensituationen und Gefährdungen an (Bürger 2000). In der Praxis ist das Verständnis noch

vielfach medizin- und risikofaktorenorientiert und weniger an dem ressourcenorientierten Zugang der Gesundheitsförderung angelehnt.

Die vorliegenden Ausführungen machen deutlich, dass (1) die Sozialgesetzbücher von einem Nebeneinander verschiedener, nicht klar voneinander abgegrenzter und nicht einheitlich verwendeter Begriffe zur Prävention gekennzeichnet sind. Ebenfalls ist (2) ein Verständnis gesundheitsbezogener Prävention nicht in allen Sozialgesetzbüchern und Sozialgesetzgebungsbereichen gegeben.

Da das Verständnis von Prävention (und Gesundheitsförderung) wesentlich für die Wahrnehmung präventiver Aufgaben ist, sollte (1) ein bereichs- und professionenübergreifender Diskurs erfolgen, (2) eine Qualifizierung der Professionen im Bereich Prävention verstärkt, (3) im Hinblick auf eine Harmonisierung der gesetzlichen Regelungen eine Angleichung der Begrifflichkeiten durchgeführt und (4) diese mit spezifischen Inhalten der jeweiligen Bereiche gefüllt werden.

2. Verankerung und Umsetzung von Prävention

2.1 Arbeitsförderung – SGB III

Die Bundesagentur für Arbeit hat traditionell nur sehr wenig Berührungspunkte zur gesundheitsbezogenen Prävention. Ihre Hauptaufgaben sind die Berufsberatung, Arbeitsvermittlung, Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie die Arbeitslosenunterstützung. Die Vermeidung von Arbeitslosigkeit, insbesondere die Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit, nimmt im SGB III insbesondere nach der Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente (Job-AQTIV-Gesetz, in Kraft ab 2002) und der damit verbundenen frühzeitigen Vermittlung und Beratung sowie der verstärkten aktiven Arbeitsförderung einen großen Stellenwert ein. Berücksichtigt man die deutlichen Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und einer häufigen Beeinträchtigung der Gesundheit einerseits und einer schlechteren Gesundheit und längeren Arbeitslosigkeit andererseits (Hollederer 2002, Grobe, Dörning, Schwartz 1999), ist die zumindest indirekte gesundheitspräventive Bedeutung der Verhütung langfristiger Arbeitslosigkeit sowie der Verringerung von Arbeitslosigkeit offensichtlich. Insofern kommt der Arbeitsförderung und der Arbeitsmarktpolitik sowie – als einem wichtigen Baustein einer beschäftigungspolitischen Strategie – der Bildungspolitik ein zentraler Stellenwert für die Gesundheit der Bevölkerung zu.

Direkte gesundheitspräventive rechtliche Regelungen finden sich nicht

explizit im SGB III. Dennoch werden im Arbeitsförderungsrecht verschiedentlich Aspekte der gesundheitlichen Prävention berührt. Ein konkreter Bezug zur Gesundheit ist vor allem in den Bereichen berufliche Rehabilitation, Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlungsaktivitäten gegeben. Allerdings bestehen diesbezüglich derzeit weder auf Bundes- noch auf Länder- und kommunaler Ebene tragfähige und flächendeckende Kooperationen zwischen der Bundesagentur für Arbeit und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Eine wichtige, bislang weitgehend ungenutzte gesundheitspräventive Aufgabe liegt in der Berufsberatung (§§ 30, 32 SGB III). Über ein Viertel der gesundheitlich bedingten Abbrüche von Berufsausbildungen und -ausübungen (z.B. durch Asthma und Allergien) könnte durch frühzeitige präventive Interventionen vermieden werden (Riehl 2001).

Langzeitarbeitslose, die gut ein Drittel aller Arbeitslosen umfassen, weisen im besonderen Maße eine schlechte Gesundheit auf, zum Teil begleitet von Suchtproblemen. Sie nehmen überdurchschnittlich häufig eine gesundheitliche Versorgung nicht in Anspruch. In der gesundheitsbezogenen Prävention wird diese – als schwer erreichbar eingestufte – Zielgruppe nur äußerst selten berücksichtigt. Im Kontext der Arbeitsförderung sollten deshalb Verbindungen zur präventiven und gesundheitlichen Versorgung verstärkt und ausgebaut werden. Beispielsweise könnte das Instrument des Profiling (§ 6 SGB III), mit dem eine genauere Charakterisierung des Profils des Arbeitsuchenden erstellt werden soll, für eine Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen mit genutzt werden. Sinnvoll wäre es – bei entsprechender Sensibilisierung und Qualifizierung der Mitarbeiter – Kontakte als Anlass zur Einleitung weiterer Schritte zu nutzen, z.B. zur Beratung zur Suchtprävention oder zur Vermeidung der Chronifizierung psychischer Verhaltensauffälligkeiten.

2.2 Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII

Kinder- und Jugendhilfe ist eine kommunale Aufgabe, die von den Jugendämtern der Kreise und kreisfreien Städte in Zusammenarbeit mit Verbänden und nichtstaatlichen Organisationen (z.B. Vereine, Selbsthilfegruppen, Jugend- und Wohlfahrtsverbände) wahrgenommen wird. Mit ihren im SGB VIII geregelten Aufgabenfeldern der Förderung der Erziehung in der Familie, der Kindertagesbetreuung, dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz, der Kinder- und Jugendarbeit sowie der Jugendsozialarbeit bietet die Kinder- und Jugendhilfe zahlreiche Ansatzpunkte für eine gesundheitsbezogene Prävention, insbesondere auch im psychosozialen Bereich.

Nach den Grundzielen des SGB VIII (insbesondere § 1) ist präventives Handeln sowohl im Sinne von Verhinderung von und Schutz vor Gefährdungen als auch im Sinne von Unterstützung, Förderung von Ressourcen und Hinwirken auf eine entwicklungsförderliche Gestaltung der Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen sowie ihren Personensorgeberechtigten zu verstehen. Allerdings hat das SGB VIII weder Gesundheitsförderung noch gesundheitsbezogene Prävention in den Aufgabenkatalog der Kinder- und Jugendhilfe aufgenommen; der Stellenwert von Gesundheit muss weitgehend indirekt erschlossen werden. Letztlich bleibt es den Akteuren in den einzelnen Arbeitsfeldern überlassen, inwieweit sie mit welchem Konzept auf die gesundheitlichen und psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien reagieren (Klocke 1995, Walper 1999, Seifert 2002).

Von ihrem präventiven Selbstverständnis her (das in der praktischen Umsetzung das Konzept der Gesundheitsförderung bisher allerdings kaum einschließt) hat Kinder- und Jugendhilfe jedoch die Aufgabe, Familie auch in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten zu unterstützen und zu fördern, damit Kinder eine gesunde Entwicklung durchlaufen können. Unterstützende gesundheitsbezogene Angebote liegen bislang nur vereinzelt vor, übergreifende Setting-Ansätze z. B. in Kindertagesstätten (health promoting kindergarten) bestehen noch nicht. Dies gilt auch für die Jugendarbeit, die Jugendverbandsarbeit, die Jugendsozialarbeit und den erzieherischen Kinder- und Jugendschutz (§§ 11 bis 14 SGB VIII), die die Ziele der Gesundheitsförderung verstärkt aufgreifen sollten. Als ein wesentlicher Mangel wird ein ungenügender Ausbildungsstand der Erzieher im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung angeführt.

Ansätze zur bewussten Vermittlung von Risikokompetenz im Jugendalter, einer Lebensphase, die in vielen Fällen mit der Erprobung von riskanten, gesellschaftlich als gefährlich oder schädlich angesehenen Verhaltensweisen verknüpft ist, finden insbesondere in der Suchtprävention Eingang in den Diskurs (Hallmann 2002).

Für eine stärkere Einbindung gesundheitspräventiver Aufgaben und ihre realistische Umsetzung ist es zunächst notwendig, Gesundheit und Prävention/Gesundheitsförderung zur Querschnittsaufgabe zu machen. Zudem ist eine klare Definition möglicher Ziele, Aufgaben und Handlungsschritte sowie die Überprüfung der bisherigen Arbeit auf ihren Gesundheitsbezug erforderlich.

2.3 Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V

Das SGB V ist das Sozialgesetzbuch mit den weitaus meisten präventiven rechtlichen Regelungen. 1989 wurde den Krankenkassen erstmals gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt, sich im Bereich Gesundheitsförderung zu engagieren. Nach einer dreijährigen gesetzlichen Einschränkung sind die Krankenkassen seit 2000 erneut aufgefordert, Leistungen der Primärprävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung anzubieten (§ 20 SGB V). Zur Einschränkung marketingbasierter Strategien und zur Sicherung der Qualität wurde diese Aufgabe mit der Verpflichtung für die Krankenkassen verbunden, gemeinsam und einheitlich prioritäre Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik zu entwickeln. Neben diesen, 2001 vorgelegten Handlungsfeldern haben die Spitzenverbände der Krankenkassen Instrumente zur Prüfung der Anbieterqualität sowie zur Dokumentation entwickelt, mit der erstmals im Jahr 2002 eine Vollerhebung zur Transparenz der Angebote in den einzelnen Handlungsfeldern erfolgte (Aok-Bundesverband et al. 2001).

Die Umsetzung der kassenbezogenen Primärprävention läuft nur zögerlich an, wobei eine sukzessive Ausgabensteigerung zu verzeichnen ist. 2002 lagen die Ausgaben für den § 20 Abs. 1 und 2 SGB V mit 1,19 Euro unter dem vorgesehen Betrag von 2,62 Euro/Versicherten/Jahr. Nach der Dokumentation der Arbeitsgemeinschaft und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen nahmen im Jahr 2002 0,5 % aller GKV-Versicherten (und 0,3 % aller Personen, die nach der Härtefallregelung von Zuzahlungen zu GKV-Leistungen befreit sind) an primärpräventiven Kursen teil. Drei Viertel der Teilnehmer sind Frauen. Mit Abstand am häufigsten wahrgenommenen wurden Angebote zur Bewegung (59,5 %), gefolgt von Ernährung (24,0 %). Kurse zu Stress (16,0 %) sowie zum Umgang mit Genuss- und Suchtmittel (0,5 %) wurden erheblich weniger in Anspruch genommen. 686 Setting-Ansätze sind 2002 außerhalb des Betriebes zu verzeichnen, von denen die meisten auf (Berufs)Schulen entfallen. Settings wie Stadtteile und Familien werden von den Kassen vergleichsweise wenig berücksichtigt. Im betrieblichen Bereich wurden über 2000 Dokumentationen registriert, von denen gut die Hälfte auf das verarbeitende Gewerbe entfiel. In zwei Drittel der Fälle richteten sich die Aktivitäten auf alle Beschäftigten.

In der Nutzung der rechtlichen Möglichkeiten und in der Umsetzung der vorgeschriebenen präventiven Leistungen unterscheiden sich die einzelnen Kassenarten und Krankenkassen in Deutschland erheblich. Neben den

großen Angestelltenersatzkassen bieten besonders kleine Krankenkassen wenig präventive Maßnahmen an.

Eine Prävention insbesondere mit dem Ziel, Versicherte mit erhöhtem Gesundheitsrisiko und Versicherte unterer sozialer Schichten gezielt zu erreichen, ist aufgrund der geringen Versichertendichte zahlreicher Kassen in der Fläche sowohl bei der individuellen Prävention als auch im Setting nur gemeinsam möglich. Bislang stand der Wettbewerb der Krankenkassen einer zielgerichteten Umsetzung und Zusammenarbeit der Krankenkassen jedoch deutlich entgegen. Erste, ab 2003 kassenartenübergreifende, poolfinanzierte Modellprojekte sind drei Settingansätze zur gesunden Schule in Niedersachsen, Sachsen-Anhalt und Rheinland-Pfalz.

Prävention in der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist einer der wenigen präventiven Bereiche in Deutschland, in der eine eindrucksvolle Verbesserung der (Zahn)Gesundheit insbesondere bei sozial Benachteiligten erzielt werden konnte. Betrug die Anzahl der kariösen, wegen Karies fehlenden oder gefüllten bleibenden Zähne (DMFT) bei den Zwölfjährigen 1989 4,1 (1973: 7) verbesserte sich dieser Wert im Jahr 2000 auf 1,2 (Pieper 2001). Als Ursachen des Kariesrückgangs werden die 1989 gesetzlich verankerten gruppen- und individualprophylaktischen Maßnahmen (§§ 21, 22 SGB V) sowie die verbesserte häusliche Zahnpflege, das erhöhte Angebot an Fluoriden (fluoridhaltige Zahncremes, fluoridiertes Speisesalz) und die zahnärztliche Versorgung gesehen. Eine gesetzliche Ausweitung erfolgte in den 90er-Jahren auf Jugendliche mit überdurchschnittlich hohem Kariesrisiko in Schulen und Behinderteneinrichtungen.

Wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung einer aufeinander bezogenen Gruppen- und Individualprophylaxe sowie für die zwischen den verschiedenen Beteiligten – gesetzliche Krankenkassen, Einrichtungen der Länder/ÖGD, niedergelassene Zahn- und Kinderärzte – zu entwickelnden und abzustimmenden Strategien ist die gesetzliche Verankerung der Leistungen (§§ 21, 22, 26 SGB V, beginnend 1989) und die Verpflichtung zur Zusammenarbeit. Stießen diese Regelungen insbesondere bei den niedergelassenen Zahnärzten zunächst auf massiven Widerstand, haben sich inzwischen Strukturen entwickelt, die eine Weiterentwicklung der Prävention ermöglichen.

Früherkennung wurde in den 1960er- und 70er-Jahren in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (§ 26 SGB V) handelt es sich um eine Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungen mit dem Ziel, Beeinträchtigungen rechtzeitig zu identifizieren, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des

Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die ärztlichen Maßnahmen richten sich dabei auf Störungen in der Neugeborenenperiode, angeborene Stoffwechselstörungen, endokrine Störungen, Vitaminosen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, das Nervensystem, die Sinnesorgane, Sprachstörungen oder Sprechstörungen, Zähne, Kiefer, Mundhöhle, Herz-Kreislaufsystem, Atmungs- und Verdauungsorgane, Nieren und Harnwege, Geschlechtsorgane, Skelett und Muskulatur, Haut sowie multiple Fehlbildungen einschließlich chromosomaler Aberrationen.

Gesetzlich verankert im Erwachsenenalter sind Früherkennungen von Gebärmutterhalskrebs, Hautkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs und Prostatakrebs (§ 25 SGB V). Allerdings entsprechen die definierten Untersuchungen nur partiell der vorliegenden Evidenz und den internationalen Empfehlungen. So liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit eines Screenings auf Hautkrebs zur Reduzierung der Mortalität vor. Gute Evidenz besteht für ein Screening auf Darmkrebs ab 50 Jahren, wobei von allen Verfahren der Test auf okkultes Blut die beste Kosteneffektivität aufweist. Die Evidenz für eine alleinige klinische Brustuntersuchung bezüglich Brustkrebsscreening und einer regelmäßigen Brustselbstuntersuchung ist nicht ausreichend. Gute Evidenz liegt für ein Screening bezüglich Gebärmutterhalskrebs vor, nicht ausreichend ist sie für ein regelmäßiges Screening bezüglich Prostatakrebs (U.S. Preventive Services Task Force 2001, 2002, 2003).

1989 wurden mit dem § 25 Abs. 1 SGB V Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf-, Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus und der jeweils relevanten Risikofaktoren gesetzlich eingeführt. Der – bereits bei seiner Einführung kritisierte und mehrfach überarbeitete – so genannte Check-up entspricht nur teilweise der internationalen Studienlage. Wesentliche Differenzen bestehen bei den vorgesehen Intervallen, Zielgruppen und eingeschlossenen Krankheiten. So liegt eine gute Evidenz für ein Screening auf erhöhten Blutdruck bei Erwachsenen ab 18 Jahre sowie für ein Screening auf ein ungünstiges Lipidprofil vor. Für ein generelles Screening auf Diabetes mellitus Typ II und Nierenerkrankungen besteht jedoch keine Evidenz (U.S. Preventive Services Task Force 2003). Der Check-up bedarf deshalb einer Überprüfung und Anpassung.

Die Teilnahmeraten an den Programmen zur Krankheitsfrüherkennung sind bis auf die Untersuchungen bei Kindern (U7: > 90 %, U9: 79 %) und bei der Früherkennung im Rahmen der Mutterschaft ungenügend. Vor allem die geringe Teilnahmerate von älteren Versicherten bei der Krebsfrüherkennung ist mit weniger als die Hälfte der über 60-jährigen Frauen und

einem Viertel der über 60-jährigen Männer trotz in den 90er-Jahren insgesamt gestiegener Teilnahmeraten gering. Die Inanspruchnahme der Gesundheitsuntersuchung stieg – bei annähernd gleicher Geschlechterverteilung – seit ihrer Einführung von knapp 10 % auf derzeit 20 % an, wobei diese Leistung vor allem den über 55-Jährigen zugute kommt. Ein aktives Einladungssystem seitens der Ärzte oder der Krankenkassen besteht für alle Untersuchungen zur Früherkennung nicht.

Das am 01.01.2004 in Kraft getretene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten zu gewähren (§ 65 a SGB V). Honoriert werden kann die Inanspruchnahme von qualitätsgesicherten Maßnahmen zur primären Prävention nach § 20 SGB V und von Leistungen zur Früherkennung nach §§ 25 und 26 SGB V. Darüber hinaus können die Krankenkassen Boni sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer vergeben. Welche Maßnahmen im Einzelnen mit einem Bonus belegt werden, und welche Anforderungen erfüllt sein müssen, bleibt den Krankenkassen ebenso überlassen wie die Gestaltung der Boni selbst. Voraussetzung für die Vergabe von Boni ist allerdings, dass sich die Aufwendungen für Maßnahmen außerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung mittelfristig durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen selbst tragen. Die Umsetzung dieser gesetzlichen Möglichkeit setzt für die Krankenkassen sowohl eine genaue Kenntnis ihres Versichertenprofils und ihrer ausgabenintensivsten Krankheiten als auch eine Kenntnis der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Prävention voraus.

2.4 Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII

Bei den derzeitigen Entwicklungen einer Intensivierung der Arbeit, Umstrukturierungen in der Arbeitswelt sowie zukünftig höherer Lebensarbeitszeit bei gleichzeitig zahlenmäßig deutlich verringertem Potenzial an Arbeitskräften, kommt der Förderung der Gesundheit der Arbeitnehmer ein hoher Stellenwert zu. Das novellierte SGB VII bietet hierzu umfassende rechtliche Voraussetzungen. Die Aufgaben sowie die Rechte und Pflichten der Unfallversicherungsträger im Präventionsbereich sind hinreichend deutlich umschrieben. Sie gewährleisten auf der einen Seite einen rechtlich sicheren Handlungsrahmen und auf der anderen Seite genügend Freiraum, um den sich schnell ändernden Gegebenheiten der Arbeitswelt Rechnung tragen zu können.

Die Umsetzung der gesetzlich geforderten Ausweitung der Prävention hin zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist aufgrund einer enge-

ren hundertjährigen Ausrichtung des Arbeitsschutzes und den damit verbundenen Strukturen sowie Denk- und Handlungsmustern langwierig und bei weitem noch nicht abgeschlossen. Die Überwindung dieser auch aufgrund neuer Entwicklungen in der Arbeitswelt (z.B. Erhöhung der Arbeitsintensität, Ausweitung der Arbeitszeiten) und damit einhergehender veränderter Krankheitsrisiken und -bilder erfordert neue Konzepte und Qualifizierungen auf der Ebene der Berufsgenossenschaften, der Betriebe (Sicherheitsfachkräfte) und der Mitarbeiter. Den Anforderungen begegneten die Berufsgenossenschaften u.a. mit Ausweitungen des präventiven Personals, wobei auch bislang nicht integrierte Disziplinen und Professionen wie Psychologen und Arbeitswissenschaftler aufgenommen wurden.

Deutliche Defizite finden sich vor allem in der Erfassung psychischer Belastungen und Beschwerden sowie in der Entwicklung und Umsetzung zielgerichteter Konzepte und Angebote zur verhältnis- und verhaltensbezogenen Prävention.

2.5 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX

Das 2001 in Kraft getretene SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – bündelt die u.a. in der Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Kinder- und Jugendhilfe und der Arbeitsförderung enthaltenen rehabilitativen Leistungsgesetze (ohne selbst ein Leistungsgesetz zu sein) und führt die Rehabilitation mit der Neuausrichtung am biopsychosozialen Krankheitsverständnis und der Förderung von Selbstbestimmung und Partizipation sowie der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft weit über die zuvor bestehenden Einzelgesetzgebungen hinaus. Die Rehabilitation bietet mit ihrem Ziel, drohende oder vorliegende Schädigungen zu verhüten oder ihrer Verschlimmerung vorzubeugen, bestehende gesundheitliche und soziale Ressourcen zu nutzen und zu optimieren, Einschränkungen zu kompensieren sowie Barrieren abzubauen oder zu vermeiden, vielfältige Ansätze zur primären, sekundären und tertiären Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei bezieht das SGB IX nicht nur behinderte, sondern ausdrücklich auch chronisch kranke Menschen ein.

In der Rehabilitation besteht ein Missverhältnis zwischen dem Bedarf und der tatsächlichen Inanspruchnahme, sodass insgesamt eine rehabilitative Unterversorgung in Deutschland zu verzeichnen ist. Insgesamt sollten sich präventive Bemühungen vermehrt am tatsächlichen individuellen Bedarf orientieren und dabei versuchen, soziale Benachteiligung auszugleichen. Dies gilt auch für die präventiven Programme während der Rehabilitation. Hier

liegen zum Teil differenzierte Angebote vor. Ein Defizit besteht u. a. für ältere sowie psychisch kranke Menschen.

Verstärkte Aufmerksamkeit erfordert auch die frühzeitige Erkennung und Durchführung der Rehabilitation. Kritische Zielgruppen bzw. Bereiche sind vor allem Kinder, Ältere (geriatrische Rehabilitation) und Suchtabhängigkeit.

Eine deutliche Unterversorgung besteht in dem Bereich der Nachsorge. Strukturierte Programme werden nur ansatzweise von einzelnen Rehabilitationsträgern für einige Indikationsbereiche, jedoch weder flächendeckend noch langfristig, angeboten. Auch ergänzende Leistungen, wie z.B. die sehr gut in Anspruch genommenen Herzsportgruppen, stehen nicht im ausreichenden Umfang zur Verfügung.

2.6 Soziale Pflegeversicherung – SGB XI

Die Pflegeversicherung, ihre Ausgestaltung und Rahmenbedingungen von Bildung und Versorgung bringen eine Reihe von Anforderungen und Erwartungen an die sich weiterentwickelnde Pflege und Pflegewissenschaft im Hinblick auf Professionalisierung zum Ausdruck, die bislang unzureichend aufgegriffen werden. Die Ursachen liegen einerseits in den Professionen selbst, andererseits verhindert die Konstruktion der Pflegeversicherung selbst eine verstärkte präventive Ausrichtung der Pflege.

Mit der grundsätzlichen Leistungszuordnung zu dem zuständigen SGB V-Leistungsträger wird fälschlich der gesetzliche Auftrag aus dem SGB XI zur Prävention als eingelöst und die weitere Diskussion darüber für obsolet betrachtet. Eine solche formale Sichtweise erfasst Notwendigkeit und Defizite von Prävention und Rehabilitation allerdings nicht ausreichend, weil gerade gezielte präventive Maßnahmen zur Verhinderung, Hinauszögerung und Abmilderung von Pflegebedürftigkeit von den Krankenkassen weder fokussiert noch bereitgestellt werden.

Nach jetziger Rechtslage dürfen Pflegekassen auf andere Sozialversicherungsträger (insbesondere Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und die Versicherten auf präventive und rehabilitative Leistungen hinwirken (§§ 5, 6, 7, 31 SGB XI), eigenständig anbieten dürfen sie – auch nach Neufassung des SGB IX – diese Leistungen nicht.

Zwar dürften die Pflegekassen vorläufig Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen (§ 32 SGB XI), erbringen diese aber nicht in dem notwendigen Umfang (Schwartz 2002). Dies ist umso bedauerlicher, da für die übrigen Leistungsträger keine finanzielle Motivation besteht, präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu ergreifen. Da-

mit ist das der Sozialversicherung zugrunde liegende Prinzip »Prävention vor Rehabilitation vor Pflege« obsolet.

Von den Pflegekassen unterstützt werden Schulungskurse für Angehörige (§§ 28 und 45 SGB XI). Hier ist eine stärkere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Betroffenen, z.B. Durchführung in häuslicher Umgebung, vermehrte psychosoziale Unterstützung notwendig, zumal in diesen Kursen durchaus auch präventive Elemente zum Tragen kommen können.

Als problematisch werden auch bestehende Widersprüche zwischen den verschiedenen Leistungsgesetzen in Bezug auf Leistungen (insbesondere Pflegeprophylaxen) erlebt, die Pflegefachkräfte eigenverantwortlich erbringen dürfen.

Neben den aufgezeigten gesetzlichen Rahmenbedingungen stehen weitere Barrieren einer Umsetzung von Prävention in der Pflege entgegen. Hierzu zählen die sowohl engen zeitlichen Begrenzungen und geringen personellen Ressourcen als auch eine unzureichende Qualifizierung und das trotz erfolgter Professionalisierung in den 90er-Jahren immer noch bestehende traditionelle Selbstverständnis der Pflege.

3. Kooperationen

Die Verpflichtung zu Kooperationen als auch die Festlegung von Form und Inhalten sind in den einzelnen Bereichen sehr unterschiedlich geregelt. Positiv hervorzuheben ist die gesetzlich verankerte Zusammenarbeit zwischen GUV und GKV sowie die Kooperationen in der Gruppenprophylaxe zur Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen zwischen Krankenkassen, Einrichtungen der Länder und niedergelassenen Zahnärzten. In beiden Bereichen zeigt sich, dass trotz anfänglicher erheblicher (und zum Teil auch weiterhin bestehender) institutioneller und struktureller Barrieren eine funktionierende Zusammenarbeit bei gleichzeitiger spezifischer Anpassung auf die regionalen bzw. betrieblichen Erfordernisse durch klare funktionsbezogene Vorgaben erreicht werden kann. In der Zahngesundheit wurde inzwischen eine kontinuierliche Berichterstattung aufgebaut, in der betrieblichen Gesundheitsförderung führte die Zusammenführung und Erweiterung der Routinedaten beider Sozialversicherungsträger zur wesentlichen Weiterentwicklung.

Allerdings zeigt sich, dass dort, wo eine Zusammenarbeit zwar gesetzlich vorgesehen ist, aber tiefgreifende, insbesondere auch finanzielle Interessensgegensätze bestehen, wie z.B. in den Bundesausschüssen der (Zahn)Ärzte und Krankenkassen, in wichtigen Präventionsregelungen zwei bis drei Jahr-

zehnte nach ihrer Einführung erheblich verzögerte Modernisierungseffekte und Anpassungen zu beobachten sind. Dies gilt auch für die in einem Wettbewerb zueinander stehenden Krankenkassen.

Nicht gesetzlich verpflichtende Kooperationen erfolgen nur vereinzelt, vor allem in Modellprojekten, aus strategischem Interesse und sind vom Engagement Einzelner geprägt. Übergreifende freiwillige Rahmenvereinbarungen liegen kaum vor.

Kooperationsbarrieren bestehen auch zwischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs. Zur gesamtgesellschaftlichen Stärkung der Prävention ist ein vertieftes Verständnis der gegenseitigen Arbeitsbereiche und Sichtweisen erforderlich.

4. Finanzierung

In vielen Bereichen der Prävention sind mehrere Kostenträger beteiligt. Hier stellen die für die Nutzer als auch für die Institutionen selbst zum Teil wenig transparenten und nicht immer logisch ableitbaren Zuständigkeiten ein erhebliches Problem dar. Schwierigkeiten ergeben sich teilweise auch, wenn neben den Sozialversicherungsträgern weitere Kostenträger wie z.B. die Länder einbezogen sind.

In dem bestehenden gegliederten System sind die Investoren präventiver Maßnahmen nicht immer auch die finanziellen Gewinner. Dringend erforderlich sind Konzepte zur Überwindung dieser strukturellen Hemmnisse und zu Anreizen für Leistungsanbieter. Zur Förderung kooperativ auszuführender präventiver Maßnahmen wird vielfach ein gemeinsamer Förderpool als sinnvoll angesehen, wie er in einigen Bereichen, z.B. in der Zahnprophylaxe, teilweise umgesetzt wird.

5. Übergreifendes Präventionsgesetz

Wie die vorangehenden Äußerungen zeigen, sind rechtliche Regelungen zur Prävention in den Sozialgesetzen mit unterschiedlicher Implikation, Ausformung und Umsetzungskraft verankert. Hinzu kommen Regelungen in weiteren Bundesgesetzen wie dem BSHG und im Bereich Umwelt, Verkehr, Ernährung usw. sowie Gesetze auf Landesebene, z.B. im Schulwesen oder für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zur Bündelung, Abstimmung, Optimierung der weit verstreuten Ansätze in der Prävention schlugen Walter und Schwartz (2000, S. 33) »eine Sichtung und mittelfristig ggf. eine Neumodifizierung unter modernen Prä-

ventionsgesichtspunkten in einem übergreifenden ›Präventionsgesetz‹ vor. Der Vorschlag wurde sowohl von der Regierung (2001 Runder Tisch Prävention und in der Folge vom Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung, Koalitionsvereinbarung 2002) als auch von der Opposition (Pressekonferenz 2001) aufgegriffen und in den Konsensgesprächen im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz verankert. Auch die Länder befürworten ein Präventionsgesetz und mahnten (Bundesrat 2003) eine schnelle Ausformulierung an. Mit der Konzentration auf die Ausschöpfung der Ressourcen des § 20 SGB V unter erheblicher Mitsprache der Länder präsentieren sie selbst (2004) ein sehr eng gefasstes und den Gesamtprozess eher erschwerendes Konzept. Auch zahlreiche Leistungsträger, Verbände und Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen haben Stellungnahmen und Vorschläge zu einem übergreifenden Gesetz abgegeben. So legten z. B. die Spitzenverbände der Krankenkassen Forderungen an ein Präventionsgesetz (2003) und einen Vorschlag für eine GKV-Stiftung (ausformuliert 2004, Stuppardt 2004) vor. Differenzen zwischen den verschiedenen Konzepten bestehen vor allem hinsichtlich dem Umfang der Ausgestaltung des Gesetzes, der Finanzierung und Mitbestimmung. Das Präventionsgesetz ist für einige Leistungsträger und -anbieter zum Teil sowohl mit Hoffungen hinsichtlich einer Erweiterung der zukünftigen Aufgaben verbunden als auch mit Befürchtungen, dass bestehende Handlungsspielräume begrenzt werden.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) legte im Frühjahr 2004 ein Eckpunktepapier vor. Nach dem BMGS soll das Präventionsgesetz folgenden Zielen dienen:

- Definition von Prävention und Gesundheitsförderung und Entwicklung eines zeitgemäßen Verständnisses in allen gesellschaftlichen Bereichen,
- Entwicklung vorrangiger Präventionsziele und Bündelung der Ressourcen,
- Stärkung des Bewusstseins sowie der Eigeninitiative und -verantwortung der Bevölkerung,
- Stärkung des Stellenwertes der Selbsthilfe in der Gesellschaft,
- Verbesserung der Abstimmung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) sowie Ausbau von Kooperationen mit Akteuren aus den Bereichen Wirtschaft, Kultur, Bildung, Freizeit,
- Förderung der Präventionsforschung, Intensivierung von Prävention/Gesundheitsförderung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsfachberufe.

Zentrale Struktur ist eine Stiftung. Nach inzwischen erfolgter Einigung mit den Krankenkassen soll die Stiftung aus Mitteln der Sozialversicherungsträger mit 50 Mio. Euro jährlich (davon GKV 35 Mio. Euro sowie GRV, GUV, PflV 15 Mio. Euro) ausgestattet werden. Politisches Ziel des BMGS ist es, mittelfristig 40 % der für Prävention zur Verfügung stehenden Aufwendungen in die Stiftung zu investieren. Der Stiftungsrat setzt sich aus maximal 30 Mitgliedern zusammen, von denen maximal sieben auf Bund, Länder und Gemeinden entfallen. Die Abstimmung über die Fördermaßnahmen erfolgt nach der Relation der eingebrachten Stiftungsmittel (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004). Weitere Abstimmungen und eine Ausformulierung des Präventionsgesetzes stehen aus.

Kritisch anzumerken ist, dass sich die derzeit diskutierten Vorschläge fast überwiegend allein auf den Bereich der Primärprävention erstrecken, die damit notwendige Stärkung der Prävention in der Rehabilitation unterbleibt, ebenso die erforderlichen Modifikationen in der Sekundärprävention. Soll die – in der bisherigen Umsetzung deutlich vernachlässigte – Prävention psychischer Erkrankungen gestärkt werden, ist zum einen eine gezielte Früherkennung und Prävention von Risikogruppen erforderlich. Zum anderen wäre (mittelfristig) sinnvoll, mit der Arbeitsförderung und der Kinder- und Jugendhilfe ressortübergreifende Sozialgesetzgebungsbereiche einzubeziehen, die sich auf zentrale Lebenswelten erstrecken.

Literatur

Aok-Bundesverband, Bkk-Bundesverband, Ikk-Bundesverband, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, See-Krankenkasse, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Aev-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (2000) Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 27.06.2001.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2002) Leistungen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Dokumentation.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2003) Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen an ein Präventionsgesetz vom 26.09.2003.

Bürger U (2000) Sozialbelastungsanalyse als Instrument der Prävention. Zentralblatt für Jugendrecht, 87,1: 9–15.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) Nationale Aufgabe Prävention. Eckpunkte, Berlin vom 04.05.2004.

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (2004) Präventionsgesetz kommt gut voran. Pressestelle, Berlin vom 15.06.2004.

BUNDESRAT (2003) Entschließung des Bundesrates zum Präventionsgesetz. Beschluss, Drucksache 780/03; Empfehlungen der Ausschüsse, Drucksache 780/1/03; Antrag des Freistaates Bayern, Drucksache 780/2/03.

GROBE TG, DÖRNING H, SCHWARTZ FW (1999) GEK-Gesundheitsreport. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. GEK, GMÜNDER ERSATZKASSE (Hg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 12, Schwäbisch Gmünd.

HALLMANN HJ (2002) Risikokompetenz im Umgang mit Alkohol. Strategien der Risikobegleitung. pro jugend, 1, 16–18.

HOLLEDERER A (2002) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung, 35, 3: 411–428.

KLOCKE A (1995) Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter. In: BARLÖSIUS E, FEICHTINGER E, KÖHLER B (Hg.): Ernährung in der Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, 185–203.

LÜDERS C (1995) Prävention in der Jugendhilfe. Diskurs, 1: 42–49.

PIEPER K (2001) Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2000. Gutachten im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn.

RIEHL U (2001) Interventionsstudie zur Prävention von Hauterkrankungen bei Auszubildenden des Friseurhandwerks. Universitätsverlag Rasch, Osnabrück.

SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Nomos-Verlag, Baden-Baden.

SCHWARTZ FW (2002) Beitrag der Medizinischen Rehabilitation zur Behandlung chronischer Krankheiten. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 34: 39–48.

SEEWALD O unter Mitarbeit von LEUBE K (2002) Expertise Präventionsregelungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Passau.

SEIFERT B (2002) Gesundheit, Wohlbefinden und Einflüsse sozialer Benachteiligung bei Kindern und Jugendlichen. Ein Forschungsbericht. Materialien zum 11. Kinder- und Jugendbericht.

STUPPARDT R (2004) Neuausrichtung der Prävention in Deutschland. Der Beitrag der gesetzlichen Krankenversicherung. Forum für Gesundheitspolitik, März/April: 99–104.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (2003) Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. Washington DC.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (2003) Screening for Cervical Cancer. Washington DC.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (2002) Screening for Breast Cancer. Washington DC.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (2001) Screening for Skin Cancer. Washington DC.

WALPER S (1999) Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern. In: SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION ZEHNTER KINDER- UND JUGENDBERICHT (Hg.): Kindliche Entwicklungspotenziale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen. Materialien zum 10. Kinder- und Jugendbericht, Bd. 1, München, 291–360.

WALTER U (2003) Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher präventiver Bestimmungen in Deutschland – Expertise aus sozialmedizinischer Sicht. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg.), Bonn, Forschungsbericht 303, URL: www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F303.pdf.

WALTER U (2003a) Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. Sozialer Fortschritt, 10: 253–261.

WALTER U, SCHWARTZ FW (2000) Gutachten zur Prävention im deutschen Gesundheitswesen. Zur Vorlage für die Kommission Humane Dienste, Hannover.

Förderung der Lebenskompetenzen als Grundlagen von primärer Prävention

Annelie Keil

Die Krankheit mit der Gesundheit und ihrem System

Die öffentliche Debatte über Gesundheit, den Umgang mit kranken Menschen und die Gesundheitsreform trägt alle Anzeichen einer mehr oder minder schweren somatischen oder psychischen Erkrankung. Im Bild einer koronaren Herzerkrankung gesprochen haben wir es seit Jahren mit einem manifesten Hochdruck zu tun und Stoffwechselstörungen aller Art haben zu Ablagerungen geführt, die keinen wirklich neuen Gedanken mehr durch das System lassen. Die Gefäße sind verstopft, der Blut- und Energiefluss mehr als gestaut. Der Gerinnungsfaktor für Standpunkte, die noch ein allgemeines Interesse am erkrankten Menschen erkennen lassen, ist auch mit Makromar nicht mehr zu stabilisieren. Ständige und oft künstlich forcierte Herz-Rhythmusstörungen schalten die Alarmlampen im gesamten System immer wieder auf Rot und treiben nicht nur Gesundheitsministerin und Finanzminister auf die Palme, von wo aus sie weiterhin unbeirrt die Messdaten ihrer Notfallmedizin durchgeben. Die Vorhöfe des Patienten flimmern mit den politischen Erklärungen und wissenschaftlichen Gutachten um die Wette. Verschiedene Bypässe haben sich als Sackgassen erwiesen, andere sind erneut zugegangen. Kein Medikament der großartigen Medizin kann die notwendige Ruhe wiederherstellen, das Reparatursystem greift einfach zu kurz. Manchmal gleicht der Zustand einem Wachkoma. Je mehr Geld ins System fließt und chronischen Durchfällen zum Opfer fällt, desto mehr treibt die Frage der Finanzierbarkeit landauf, landab zur öffentlichen Verzweiflung. Weder primäre, sekundäre noch tertiäre Prävention haben die Risikofaktoren verhindern noch in Schach halten können. Der Patient raucht aus allen Schornsteinen seiner Gutachtergremien, ist mit Vorschlägen überfüttert und hält die Aufforderung zur Bewegung für eine anarchistische Attacke auf das gesunde Beharrungsvermögen. Eine Transplantation ist nicht möglich, weil niemand ein lebendiges Ersatzherz für das Gesundheitswesen spendet. Die Frage, ob und wie man das alte Herz radikal erneuern kann, beschäftigt viele. Manche raten zu Schnellschüssen, andere diagnostizieren Gesundheitswahn oder Gesundheitsfallen und wieder andere wollen abwarten und Tee trinken. Kräutertee, versteht sich, denn irgendwie sollte es doch gesund sein.

Über die seelischen Folgen einer solchen Erkrankung und dem hilflosen Ausharren in einer als ausweglos erscheinenden Situation wissen Sie hier im Saal mehr als ich. Schließlich sind wir alle Angehörige dieses Systems, sitzen

mit verschiedenen Rollen in der ersten, zweiten oder letzten Reihe und leiden an Variationen der gleichen Symptomatik. Die öffentlich verordnete Depression ist das Paradebeispiel einer seelischen Grundstörung, bei der Lebenserfahrungen nicht nur das seelische Befinden, sondern auch in massiver Weise die Aktivität der »Gene« und des Gehirns verstellen und das körperliche Wohlbefinden verändern. Nicht nur Menschen, sondern auch Systeme, die an Depressionen leiden, erzeugen in ihrer Umwelt sehr schnell Aggression und Ablehnung, weil sie ihre Kreativität und Mitverantwortungsbereitschaft verloren haben und für durchaus vernünftige Alltagsratschläge oder nachvollziehbare Veränderungsvorschläge nicht mehr zugänglich sind. Wie im normalen Umgang mit depressiven Menschen im Alltag ist die eine Variante der öffentlichen Kommunikation »Du hast doch gar nichts« oder »Keine Probleme, alles in Ordnung« und die andere lautet etwas bedrohlicher »Wenn das so weitergeht, musst du zum Psychiater« oder »Das ist ja der helle Wahnsinn, die spinnen doch alle«. Ob man das ganze Gesundheitssystem samt seiner Professionellen und politisch Verantwortlichen zum Psychiater schicken könnte, bleibt ungeklärt. Beide Varianten des Umgangs verschlimmern die Situation des depressiv Erkrankten, weil sie das Gefühl der Wertlosigkeit bei den Betroffenen verstärken und dies Gefühl der Wertlosigkeit ist ohnehin der Kern der Depression. Das Gefühl, nichts mehr wert zu sein, entsteht in der Regel in den zwischenmenschlichen, vor allem auch sozialen und politischen Beziehungen und bedeutet auf Dauer maximalen Stress.

Um welch eine Form von spezifischer Depression es sich bei der massiven Herzstörung unseres Gesundheitssystems, seiner professionellen Vertreter und Angehörigen handelt, wird sich nach Abschluss einer umfassenden Anamnese herausstellen, und vielleicht bringt diese Tagung einige diagnostische und therapeutische Erhellungen. In meinem Laiengehirn habe ich zumindest so viel verstanden: Meistens bezeichnet man jedenfalls mit Depression jene tiefgreifende Veränderung der Stimmung, die zu einem bestimmten Zeitpunkt beginnt, eine bestimmte Zeit bleibt und dann wieder verschwindet. Es gibt Depressionen, die wandern nicht, sondern sind einfach da und bleiben. Dazu gehört das konsequente Aussitzen von Problemen. Die phasisch auftretende Depression beginnt mit einer langsam zunehmenden inneren Unruhe und dem Gefühl, den vom Leben gestellten Aufgaben nicht mehr gerecht werden zu können. Lebensfreude, Unternehmungsgeist und Appetit gehen meistens drastisch zurück und weichen einem qualvollen Lebensgefühl des Nichtgenügens, der eigenen Schuld oder der inneren Leere. Am Anfang stehen Schlaf- und Durchschlafstörungen, in der Folge dann chronische Müdigkeit. Auch Formen einer Art von Winterschlaf sind bekannt.

Dies ist besonders gut in Bundestags-, Landtags- und anderen Sälen wie auf wissenschaftlichen Tagungen, die zum Thema Gesundheitsreform diskutieren, gut zu beobachten. Der Rest von Lebensenergie geht mit der Verdrängung und Verleugnung der Situation drauf und damit dem Nachdenken über Lösungen verloren. Von Ressourcenorientierung nichts zu erkennen.

Wird die Depression manifester und schwerer – bei der Systemerkrankung meistens vor den Wahlen – dann ist das ganze Denken nur noch in die Aussichtslosigkeit des eigenen Tuns verstrickt, die Unruhe wird größer, emotionale Starre und Leere werden sichtbarer. Diese Gefühle erzeugen Angst und vor allem Stress. Da zwischenmenschliche Beziehungen ein Schutzfaktor gegenüber der Aktivierung von Stressgenen sind, sind sie dann, wenn sie gefährdet sind, ein Risikofaktor. Depressionen sind Lebenserfahrungen, die in Körper, Seele und Geist, aber auch in den sozialen und politischen Beziehungen netzwerkartig Spuren hinterlassen und praktisch den Weg für eine neue Welle von Depressionen bahnen, wie uns überzeugend neue Ergebnisse einer Gehirnforschung zeigen, die das Gehirn weniger für ein Denk-, sondern eher für ein Sozialorgan hält, dessen Kernaufgabe nicht das Auswendiglernen alter Konzepte, sondern das Lösen von Problemen ist (Hüther 2001).

Es sind nicht die Ereignisse selbst, die den Stress der Depression auslösen, sondern die Bewertung, die wir in Gang setzen. Und es sind vor allem diese Bewertungen von Erfahrungen, durch die sich Lebens- und Denkmuster, ja ganze Gefühlslandschaften und politische Strukturen ausbilden, die sich als Wegweiser in ständiger »Stand-by Bereitschaft« befinden, um uns in die gleiche Enge zu treiben und Veränderungen im Denken und Handeln zu erschweren. Hier folgen »Gehirn und umzu« der alten Weisheit aller lebendigen Systeme: von Erfahrungen lernen – auch wenn uns das Gelernte in die Sackgasse führt und krank macht. Man könnte vereinfacht sagen: Die jeweilige aktuelle Lebenserfahrung funkt zunächst das vorhandene Bewertungssystem im limbischen System an, in dem die Vorerfahrungen abgespeichert sind. Hat kein Umlernen oder Umdenken stattgefunden und haben alle weiteren Erfahrungen keine verändernde Lebens-Bewegung auslösen können, kommt aus diesem vorhandenen Bewertungssystem daher eine schnelle, effektiv erscheinende, aber eben alte, vielleicht realitätsferne Antwort. Vielleicht gibt es ja ein partei- und Interessen übergreifendes Gesamthirn, das jede neue depressive Welle zum Thema Gesundheit, Umgang mit dem erkrankten Menschen und Gesundheitsreform freudig begrüßt, um nicht umdenken zu müssen, sondern bei den gleichen alten Antworten bleiben zu können.

Natürlich geht diese Tagung in eine andere Richtung. Lebendige Menschen haben sich versammelt und wollen dem menschlichen Gehirn und dem ihm verbundenen Herzen endlich die richtigen Fragen vorlegen, damit es seiner Aufgabe und Möglichkeit, Probleme zu lösen, gerecht werden kann.

Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems

Gesundheitliches Wohlbefinden steigern und Krankheiten verhindern – aber wie?

Wir müssen und sollen uns auf einen neuen Weg machen, über den wir eigentlich schon seit Jahrzehnten reden, meistens jammern! Aber wollen wir das und können wir das? Und dürfen wir das, was wir wollen? Leichter gesagt als getan. Wie auch immer. Zunächst die Hoffnungen.

»Nachdem das Augenmerk der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahren vornehmlich der kurativen Medizin gegolten hat, sind nun Bestrebungen zu erkennen, die zwischenzeitlich belegten Möglichkeiten der Prävention zu nutzen und systematisch auszubauen. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, da die vorliegenden Erkenntnisse zeigen, dass eine Fokussierung auf den kurativen Bereich (›Reparaturmedizin‹) nicht nur Ineffizienzen fortschreibt, sondern auch Behandlungsbelastungen für Patientinnen und Patienten, vorzeitige Erkrankung und Tod nach sich zieht, die durch eine frühzeitig begonnene und wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategie verhindert werden könnten.« (Vgl. hierzu z.B. die Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/01.) Welche Krankheit kann durch Prävention und Gesundheitsförderung verhindert werden? Welche Zeit kann mit Blick auf den Tod gespart werden? Ich habe meine Zweifel.

»Neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege sollen Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule in unserem Gesundheitssystem aufgebaut werden. Damit wird deutlich gemacht, dass im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung wirkungsvolle Strategien existieren, mit denen die Entstehung oder die Verschlimmerung vieler Krankheiten entweder ganz verhindert oder zumindest verringert werden können.« (Glaeske et al. 2003) Wie gesagt: Verhindern können wir Krankheit nicht, sie gehört zum Leben wie der Tag zur Nacht oder die Lust zur Angst. Bewusst machen, verstehen lernen, was im Prozess der Erkrankung passiert, welche Kompetenzen erforderlich sind, um an der Hand einer Krankheit zu leben und was zur »Besserung der Lage« oder zur Genesung erforderlich ist, können wir schon.

»Die Verbindung von Prävention und Gesundheitsförderung ist eine wirkungsvolle Strategie, die Gesundheitspotenziale der Bevölkerung auszuschöpfen und einen Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit sowie zu einer Verringerung der Inanspruchnahme des gesundheitlichen Versorgungssystems zu leisten ... Mit der Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als vierter Säule soll erreicht werden, dass unabhängig von sozialer Schicht, Einkommen, Alter und Geschlecht bereits bekannte Möglichkeiten der Vorbeugung oder der Verhinderung der Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen und der Verbesserung von Lebensqualität und Wohlbefinden systematisch genutzt werden. Auf diese Weise lassen sich die Belastungen der Bürgerinnen und Bürger durch Krankheit, aber auch die Ausgaben für die Krankenbehandlung langfristig reduzieren. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Verabschiedung eines Präventionsgesetzes unerlässlich, um das Recht auf diese Leistung und die Verpflichtung, diese auch umzusetzen, zu verankern.« (Glaeske et al. 2003) Ob ein Gesetz uns weiterhilft, wissen wir nicht. Das wissen wir nicht einmal bei den Grundrechten, die uns manches garantieren sollen, was der Gesundheit mehr als dienlich ist: Arbeit, Wohnen, Bildung, Schutz vor Gewalt und vor allem die Unantastbarkeit unserer Würde, auch und gerade dann, wenn wir krank, hilflos und in besonderer Weise schutzbedürftig sind. Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Zugänge zum Problemfeld.

Beide Strategien unterscheiden sich aber in ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung: Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheiten zu minimieren. Zielgruppen sind Erkrankte oder Risikoträger. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf die Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung. Gesundheitsförderung hat das Ziel, personale und soziale Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, um damit zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden beizutragen (Beispiel: Aufbau partizipativer Organisationsstrukturen, Unterstützung der Netzwerkbildung). Gesundheitsförderung ist thematisch breiter angelegt als Prävention und will Individuen und soziale Gruppen befähigen, die personalen, sozioökonomischen und Umweltdeterminanten positiv für die Gesundheit zu beeinflussen und ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet. Gesundheitsförderung berührt damit nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch zahlreiche weitere Politikbereiche, die mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen befasst sind (so in vielen öffentlichen Verlautbarungen).

Gesundheit ist mehr. Sie ist eine historische und biografische Leistung des Lebens

Wir bekommen Leben nur als eine Möglichkeit, leben müssen wir es selbst. Das gilt auch für die Werkzeuge, mit denen wir die schwierige Aufgabe bewältigen müssen, aus der nackten Geburt in unterschiedlichste Verhältnisse und unter unterschiedlichsten Voraussetzungen unser eigenes Leben zu machen und am Ende im Hemd ohne Taschen die Welt wieder zu verlassen. Ob und wie wir mit dem Gehirn denken und fühlen, mit den Augen sehen, mit dem Mund essen und sprechen, mit der Nase riechen oder den Händen tasten ist nichts weiter als eine riskante Chance, die gelingen oder eben scheitern kann. Die Übung des aufrechten Ganges in körperlicher, seelischer, geistiger, sozialer und spiritueller Hinsicht ist eine lebenslange Übung. Manche fallen gleich auf die Nase, bei anderen dauert es länger, aber die meisten wollen gehen und in den Besitz ihrer Lebenskräfte kommen, d. h. sie wollen sich entwickeln. Die wenigsten, wirklich wichtigen Dinge und Situationen im Leben haben wir nicht entschieden oder ausgewählt. Sie werden uns als Herausforderung und tägliches Risiko vor die Füße gelegt. Weder die Eltern, noch unser Geburtsjahr, weder unsere Hautfarbe noch unser Geburtsland haben wir selbst ausgewählt. Wir mussten hinnehmen, was kam. Das gilt auch für unsere Krankheiten, die in der Regel nicht um Erlaubnis fragen, ob sie entstehen können. Leben funktioniert nach dem Prinzip: »Friss Vogel oder stirb« und ist auf diese Weise ein tägliches anthropologisch verankertes Risiko. Um dieses Risiko immer wieder neu zu bewältigen, brauchen wir Kompetenzen, Lebenskompetenzen. Gesundheitsförderung geht uns alle an, ist keine professionelle Sonderveranstaltung für die, die mehr Risiken haben oder zeigen, wenngleich vielleicht besonders hilfreich für diese. Die spezifische Pathologie der Gegenwart liegt vielleicht in ihrer Hofierung des Wahnsinns der Normalität und seiner Charakterisierung als nachzuahmende Form einer gesellschaftlich nützlichen Gesundheit. In diesem Sinne

- heißt Gesundheitsförderung Geschichte ergründen, auch an den bitteren Wurzeln des Einzelnen wie der Gesellschaft;
- fördert Gesundheitsförderung nicht die Gesundheit, sondern die Bedingungen für die Vielfalt der Gesundheit aller;
- ist Gesundheitsförderung die integrative Arbeit an der Gesundheit und braucht multiprofessionelle wie Selbstkompetenz;
- zielt Gesundheitsförderung auf die Potenz des Menschen zu einem Leben, das Zweck und Sinn miteinander verbindet. Sie zielt auf das Verhalten wie auf die Verhältnisse;

- ist Gesundheitsförderung Hilfe zur Selbsthilfe, Hilfe zur Selbstgestaltung und gesellschaftlich-politischer Mitgestaltung. Sie streitet um das Gemeinwohl in der Zivilgesellschaft und um Gesundheit als einen kulturellen wie politischen, individuellen wie kollektiven Lebensentwurf;
- ist Gesundheitsförderung keine Risikofahndung. Sie sollte eine Förderung sein, die Mut macht, das Risiko des Lebens einzugehen.

Leben gefährdet Gesundheit und heißt Lernen im Weg durch die Fremde

Gesundheit ist weniger ein Zustand, den man messen oder wiegen kann, sondern eine Kompetenz, die eingebunden in die historischen Lebens- und Arbeitsbedingungen sich im Rahmen der biografischen Konstruktionen eines Menschen entwickelt und körperlich, seelisch, geistig und sozial Gestalt annimmt. Auf jeder dieser Ebenen kann sie angegriffen oder gefördert werden, geschwächt oder gestärkt werden. Gesundheit ist die Fähigkeit, dem Leben Qualität zu geben und sich seiner selbst zu vergewissern. Zu diesem Bildungsprozess einige Thesen.

1. Wer leben will, muss lernen- vom ersten bis zum letzten Atemzug. Spielerisch und ernsthaft, neugierig und vorsichtig, sich ausprobierend und anpassungsfähig soll die Aneignung der Welt vor sich gehen. Junge Menschen wissen intuitiv, worum es dabei geht: Sie wollen essen und trinken, sich anziehen und ausziehen, sprechen und greifen, krabbeln und gehen, spielen und tanzen, malen und singen lernen. Auch lesen, schreiben und rechnen wollen sie lernen, denn ohne diese Fertigkeiten kann man sich offensichtlich nur begrenzt mitteilen und mitmischen, wie Kinder unschwer durch Beobachtung ihrer Umgebung erkennen können und später am eigenen Leibe erfahren, wenn diese Fertigkeiten bei ihnen bewertet werden. Wer nicht richtig essen, sich bewegen, sich mitteilen, sich freuen oder sich ärgern lernt, bekommt auf Dauer ein gesundheitliches Problem und wird als Risikogruppe in die Gefahrenliste für Prävention eingetragen.
2. Junge Menschen wagen sich aber von Anfang an auch an die komplexeren Aufgaben heran. Sie wollen und müssen lernen, wie man sich die Liebe und Anerkennung der Eltern, der Kindergärtnerin, der Lehrer und Lehrerinnen, der Freunde oder überhaupt der Umwelt erobert, wie man Beziehungen aufbaut und wieder verlässt, wie man mit unterschiedlichen und manchmal unangenehmen Gefühlen umgeht, wie man wütend sein kann, ohne zuzuschlagen, wie man kritisiert, ohne gleich zu vernichten, wie man enttäuscht sein kann, ohne zu resignieren oder zu verzweifeln.

   Soziale Situationen und Beziehungen müssen beurteilt und Gefühle erkannt und erlernt werden, Humberto Maturana nennt dies »emotionieren«. Leben ist kein Kinderspiel, sondern »harte« Arbeit auf spielerische Art. In jeder Rehabilitationsklinik kann man sehen, wie schwer es erwachsenen Mensch fällt, im Falle schwerer Krankheit, ihre Genesung spielerisch und dennoch ernst in die Hand zu nehmen. »Emotionieren« haben wir alle nicht gelernt, und viele unserer psychiatrischen Patienten und Patientinnen können uns zeigen, was uns passieren kann, wenn wir niemanden mehr haben, der uns zu verstehen versucht.
3. Um Leben zu lernen, brauchen wir kognitive, emotionale und soziale Kompetenzen und vor allem die tiefe Leidenschaft der Neugier, uns dem offenen Spiel zu stellen, das Leben als Gestaltungsauftrag heißt. Kinder sind mehr als Erwachsene und aus Not heraus von Forschungsdrang beseelte Privatgelehrte, denn alles was vor ihnen auftaucht, ist unbekannt. Sie beschaffen sich das zum Leben notwendige Wissen, suchen nach sinnstiftenden Erklärungen und vergleichen die Ergebnisse. Sie fragen weiter, wenn sie unzufrieden sind und müssen die schmerzliche Erfahrung machen, dass man sich irren kann oder dass andere Kinder schneller oder besser lernen. Kinder lernen anwendungsorientiert und Fehler sind für sie nichts anderes als Umwege in der Erkenntnis. Erst Erwachsene machen aus Fehlern den beschämenden Richterspruch, falsch zu liegen. In dieser Form des offenen, forschenden Lernens praktizieren Kinder etwas, dass den modernen Wissenschaften vielfach verloren gegangen ist: Sie wollen vom Leben und für das Leben lernen. Wenn man sie lässt und dieses fördert, haben sie von Anfang an einen Zugang zum Spiel mit Informationen und zur Aneignung von Wissen- aus Lebensinteresse. Alle Angebote von Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter sind auf diesen spielerischen Zugang zum Wissen als Ausdruck eines Interesses am eigenen Leben angewiesen.
4. Entgegen diesem kindlichen Forschungstrieb ist unser gesellschaftlich organisiertes Wissen nicht aus der Frage entwickelt, wie das Leben lebt und wie der Mensch mit Körper, Geist und Gefühl lernt. Wir denken nicht in Wechselwirkungen und Kreisläufen. Wir setzen nach wie vor in der Schulerziehung wie in der Gesundheitserziehung auf verschärfte Verstandesdressur und verlieren durch einseitige Ergebnisorientierung, Vernachlässigung von Zusammenhängen und durch die Konzentration auf effektive Verwertungsstrategien den Blick für die Lernprozesse, d.h. die spezifischen Wege, auf denen das Leben gelernt wird. Wir haben keine Vorstellung mehr davon, was wir tun müssen, um nicht nur bei Kin-

dern eine immer lernfähige Aufnahmebereitschaft und das aus ihr folgende Wirkungsvermögen zu ermöglichen, »das gelassen, aber bestimmt ist wie eine Zärtlichkeit ohne Verführungsplan oder eine Zurückhaltung ohne Aggression oder Abwertung«. (ZUR LIPPE) Im Prozess der Vereinseitigung und des Effizienzdenkens verlieren wir das Wissen, wie Prozesse der Nutzung zugleich zur Entfaltung des Genutzten führen können, wie sich Hauptwirkungen zu Nebenwirkungen verhalten, wie die Atmung Leib und Seele bewegt, in welchem Zusammenhang natürliche Regeneration und Fruchtbarkeit des Bodens stehen oder wie Beziehungen zu gestalten sind, in denen Eigenleben und Gemeinsamkeit sich entfalten können. Die kühnste industrielle Technologie braucht Rohstoffe für ihre Kunststoffe, Menschen an den Automaten oder in den verbleibenden Kontrolltürmen und kann weder Luft noch Nahrung noch Liebe ersetzen.

5. »Der Lebensentzug an den Menschen vollzieht sich als Stillstellen oder in der einseitigen Ausnutzung von seelischem und körperlichem Austausch. Statt aufzunehmen, zu reagieren, zu wirken und zusammenzuwirken, zwingen uns extrem einseitige Organisationsformen, uns in einsamer Überaktivität zu verbrauchen«, schreibt RUDOLF ZUR LIPPE (1978). Zum Leben braucht man aber mehr als die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, für die wir bezahlt werden. Unter Einschluss der Genuss- und Leidensfähigkeit des Menschen brauchen wir eine umfassende Lebenskompetenz, in die Kräfte und Fähigkeiten des Menschen ebenso eingehen wie seine Schwächen und Unfähigkeiten. Das gelebte Leben ist wie die Gesundheit als qualitativer Ausdruck dieses Lebens am Ende das Werk, das es herzustellen gilt, und niemand weiß vorher, ob es ein Meisterwerk, ein Gesellenstück oder der Versuch eines Lehrlings geworden ist. »Wer fühlt, was er sieht, gibt was er kann«, stand auf einem Plakat, das auf die Situation von Obdachlosen in unserem Land aufmerksam machen wollte.

6. Leben gefährdet immer wieder unser körperliches, soziales, geistiges und seelisches Wohlbefinden. Diese Erfahrung erzeugt im Dialog mit der Lebenslust eine tiefe Lebensangst und hat einen nachhaltigen Einfluss auf die Grundstrukturen unseres Lernens. Leben ist prinzipiell unvorhersehbar und provoziert mit der Überraschungskraft seiner Krisen. Keine Krankheit oder Trennung sagt sich planbar an, Eltern und Lehrer sowie Lehrerinnen sind eine biografische Überraschung, kein Erfolg geht auf uns allein zurück, sondern ist auch Ergebnis unvorhersehbarer Konstellationen. Dieser Verunsicherung versuchen wir durch Lebenspläne

und Lebensmuster auszuweichen, mit denen wir unser Denken, Fühlen und Handeln kontrollieren, d.h. unser Leben in den Griff bekommen. Wer A sagt, muss auch B sagen, egal als wie falsch sich A herausgestellt hat. Wir müssten uns bewegen, aber rühren uns nicht vom Fleck. Wir laufen davon, obwohl wir festhalten müssten. Wir könnten unseren Fehler zugeben, aber wir wollen Recht behalten. Wir könnten lieben, aber wir wollen den anderen erziehen. Viele glauben, dass im Sitzen nichts passieren kann – und deshalb sitzen sie mit Leidenschaft auf ihren Meinungen, Beziehungen, Grundstücken, auf ihrem Eigentum oder ihren Karrierestühlen bis ihnen die Luft ausgeht und Lust und Neugier auf Leben zu Fremdworten geworden sind. »Kein Reh oder Bär, kein Elefant oder Wal, kein Vogel und keine Schnecke könnten jemals so auf der Stelle sitzen wie der Mensch. Sie würden austrocknen und bald sterben. Im Zoo kann man sehen, was das Sitzen aus wilden Tieren macht.« (REICH 1979) Nicht nur in der Schule, sondern in allen öffentlichen Anstalten kann man das auch sehen. Die größte Gefährdung für die Lust und Bereitschaft zum lebenslangen Lernens besteht in der Verweigerung von Mitbestimmung und Mitgestaltung. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit scheint eine wesentlich Quelle für Lernmotivation, aber auch für eine Gesundheit in eigener Verantwortung zu sein.

7. Die innere Lebens- und Lerngeschichte eines Menschen folgt anderen Gesetzen als die äußere Geschichte unseres Lebens und ist weder an Daten noch an Zensuren ablesbar. Sie folgt eher der Logik der Affekte und spezifischen, meistens unbewussten Mustern, die wir schon als Kinder körperlich, seelisch, geistig und sozial ausbilden, um uns zu profilieren, aber auch zu schützen. Unsere Biografie ist der Versuch, zwischen Innen und Außen zu vermitteln, den jeweiligen Bereichen Bedeutung zuzuweisen und auf unverwechselbare Weise unserem Leben Sinn zu geben. Die innere Lebensgeschichte sortiert aus einem Leben aus, was ohne Bedeutung geblieben ist. Die Daten und Fakten verlieren sich im Nebel der Vergangenheit. Anderes aber, das bedeutend war, weil es beispielsweise mit einem starken Gefühl oder einem nachwirkenden sozialen Erlebnis wie einer Schlägerei oder einer Demütigung durch einen Lehrer, eine Ärztin, einen Sozialarbeiter, eine Therapeutin verbunden war, bleibt in der Erinnerung hellwach.

8. Ausgestattet mit einem bestimmten Maß an Lebensenergie und spezifischen Erbanlagen sind wir im Fluss des Lebens unterwegs. Wir sind ganze Menschen, aber deshalb nicht ganzheitlich, sondern vor die Aufgabe gestellt, diese Ganzheitlichkeit im ständigen Stoffwechsel mit allem, was

uns umgibt, in der Form einer »Selbstintegration im tätigen Vollzug« herzustellen – wie der Philosoph und Biologe Hans Jonas (1973) den Lebensvollzug beschreibt. Wer körperlich erkrankt, hat nicht automatisch seine seelischen, geistigen, sozialen und spirituellen Kräfte zur Verfügung. Wer seelisch erkrankt, kann unverhofft Hilfe aus sozialen Bezügen bekommen, wenn er sich dazu entschließt. Wer denkerisch in einer Sackgasse hockt, braucht eine geistige Erneuerung. Wer leben lernen will, ist auf die Entwicklung aller Dimensionen menschlicher Existenz angewiesen, um die Welt, sich selbst und den Dialog zwischen beiden kennen zu lernen: der körperlichen, geistigen, emotionalen, sozialen und spirituellen Dimension. Wer leben will, muss sich entscheiden und die Verantwortung für den Gestaltungsprozess seines Lebens übernehmen. Menschliches Leben ist eine »pathische« Existenz, bedarf der Entscheidung. Es wird gestaltet und erlitten, ist eingebunden und abhängig von dem, was der Mensch als Mängelwesen braucht. Leben ist Leben inmitten von Leben, das auch leben will (Albert Schweitzer). Wir müssen, können, wollen, sollen und dürfen – und jede dieser pathischen Kategorien gibt unserem Leben eine andere Färbung. In der Schule müssen wir lernen, aber wollen wir auch? Und können wir lernen, was wir sollen und wer bestimmt, was wir können oder sollen? Wann haben wir das Gefühl, dass wir trotz Schulpflicht, Arbeitspflicht oder Gesundheitspflicht auch lernen, arbeiten oder gesund sein dürfen und welche Qualität erzeugt dieses Gefühl?

Leben gefährdet Gesundheit, weil es eine riskante Chance mit ungewissem Ausgang ist. Die Chancen für ein ganzheitliches Lernen der Gesundheit sind unterschiedlich und sozial ungerecht verteilt. Nicht alle und immer weniger Kinder bekommen, was sie zu ihrer Entwicklung brauchen. Immer weniger Erwachsene bekommen, was sie zur Weiterentwicklung brauchen. Und immer weniger alte Menschen bekommen die Gelegenheit, uns zu erzählen, wie sie das Leben so lange überlebt haben. In vielfacher Weise bleibt das Leben sitzen. Aber auch inmitten solcher Formen der körperlichen, geistigen und seelischen Verelendung und ihrer Folgen gibt es Bildungswunder, die Mut und Hoffnung ausstrahlen, weil sie zeigen, mit welcher Kraft der Wunsch eines Menschen zu leben und zu lernen zu überleben versucht.

Die Kunst, das Leben zu lernen – der Erwerb von Lebenskompetenz

Der Anfang des Lernens ist von besonderer Art. Sinnliche Wahrnehmung und Emotionen leiten die Aneignung von Um- und Mitwelt an. Alles ist auf Entdeckung aus. Das gilt vor allem für den Anfang institutionalisierten Lernens in Kindergarten und Schule, bleibt aber letztlich getränkt von guten und schlechten Erfahrungen durch alle Lebensalter hindurch erhalten. Als Kinder und letztlich lebenslang wachsen wir zu Mitgliedern einer Kultur heran und in ein Netzwerk von Konversationen hinein. Selbstbildungs- und Lebenskompetenzen können gar nicht anders erworben werden und erfolgen im Rahmen der Möglichkeiten, die dem Menschen von außen zugetragen werden und die er innerlich annehmen und integrieren kann. In einem Prozess emotionaler und sozialer Nachahmung wie Einbindung in die uns umgebende Welt gewinnen wir unsere individuelle Identität, unser Selbstbewusstsein und soziales Bewusstsein. Wo Liebe, Aggression, Formen von Gerechtigkeit, Mit- und Selbstverantwortung, Sexualität und Zärtlichkeit, Arbeit und Produktivität nicht gelebt und gezeigt werden, kann man sie nicht in das eigene Kompetenzzentrum aufnehmen. Die frühen Bezugspersonen und viele professionelle Lebenshelfer belehren uns, ohne dass sie wissen, dass sie uns lehren. Alles, was wir lernen und zum Beispiel für gesund, vernünftig oder eben verrückt halten, ist kulturell eingefärbt, und unsere Handlungen zeigen, in welcher Kultur wir aufgewachsen sind und in welchem Kontext sich unsere Wünsche, Vorlieben, Abneigungen, Bestrebungen, Auswahlen und Absichten herausgebildet haben. Weil Krankheit von vornherein als Versagen, als Schwäche, als einzige Entschuldigung für Leistungsversagen angesehen wird und damit Gesundheit auf die unsinnige Leerformel, die Abwesenheit von Krankheit zu sein, reduziert wird, sind die Gestaltungsfelder von Gesundheit und Krankheit weitgehend aus dem Erlernen umfassender Lebenskompetenzen herausgenommen. Die Herkunft von Gedanken, Meinungen, Urteilen und Gefühle erkennen und über sie sprechen zu können, ist ein Lernziel für Kinder und Erwachsene. Eine Gesundheitsförderung im Kontext primärer Prävention, die sich das Programm der Risikomedizin als Bedrohungspädagogik zu eigen macht: nicht essen, nicht trinken, nicht rauchen, dafür mehr Mucki-Bude und sich nicht aufregen, kann auf Dauer einpacken, weil sie zu kurz greift und nicht dazu führt, das eigene, sehr individuelle Leben im Kontext des gemeinsam zu verantwortenden Lebens zu verstehen.

Denken, Emotionieren, Handeln sind Instrumente zur Gestaltung eines lebendigen Lernens. Sie strukturieren Beziehungen, müssen an verschiedenen Lernorten geübt werden und sich an den »Stoffen der Lebensrealität«

abarbeiten. Alles, was wir inhaltlich lehren und lernen, hat mit den Gedanken, Gefühlen und Handlungen von Menschen und ihren sozialen Beziehungen zu tun. Wer seine Möglichkeiten, vor allem seelische Gesundheit zu entwickeln, ausschöpfen will, muss sich auf sein spezifisches Leben und seine Gegebenheiten einlassen. Da es im Lebendigen keine Kopie gibt, muss jeder Kopf alleine und doch mit anderen gemeinsam lernen.

Die Kunst zu leben und das Wagnis des eigenen Lebens einzugehen, heißt eine Art emotionale und soziale Selbsterziehung mithilfe von Begleitern und Begleiterinnen zu durchlaufen. Prävention ist wesentlich eine Anstiftung zum Leben und mit dem Instrument der Gesundheitsförderung die Ermutigung, dass man das Leben lernen kann, wenn man sich Lebenskompetenzen aneignet, die immer wieder überprüft und mit Erfahrungen gesättigt werden müssen.

1. Leben lernen und sich zur Eigenständigkeit wie Selbstverantwortung befähigen – mit Rücksicht, Umsicht, Einsicht, Vorsicht und Voraussicht. Leben heißt sehend werden, die eigene Urteilskraft bilden, sich selbst zu erziehen und in das Geschehen in sich und um sich herum einzugreifen. Die daraus resultierende seelische Klugheit braucht vor allem die *Fähigkeit zur emotionalen Selbstwahrnehmung.* Dazu gehören:
   - Besseres Erkennen und Benennen der eigenen Emotionen
   - Ausdruck von Gefühlen und Einschätzung der Heftigkeit und ihrer Wirkung
   - Zügelung der Impulse und Verschiebung von Gratifikationen
   - Imstande zu sein, die Ursachen von Gefühlen zu verstehen
2. Den Unterschied zwischen Gefühlen und Taten zu erkennen heißt, sich *dem breiten Spektrum der menschlichen Lebensfelder zuwenden* – dem Leben als Individuum und dem menschlichen Leben in den verschiedenen Gemeinschaften wie Familie, Nachbarschaft, Freundschaften, Kollegenkreis; dem Leben in Freude und dem Leben im Schmerz, in Trauer, Wut oder Verzweiflung und Enttäuschung zu begegnen. Es verlangt die Suche nach einem erfüllten und sinnvollen Leben ebenso wie die Fähigkeit, sich den Menschen in ihren unterschiedlichen Religionen, Kulturen und Weltanschauungen zuzuwenden. Persönliche und öffentliche, nationale und globale Perspektive gehören zusammen, denn nur so lassen sich die Ideen von Menschenwürde, Menschenrechten und Toleranz überhaupt verstehen. Dazu braucht man die *Fähigkeit zum Umgang mit Beziehungen*:
   - Gesteigerte Fähigkeit, Beziehungen zu analysieren und zu verstehen
   - Besser im Lösen von Problemen in Beziehungen zu werden

   - Besser im Lösen von Konflikten und Beilegen von Streitigkeiten zu sein
   - Selbstsicherer, sensibler und gewandter in der Kommunikation zu werden
   - Beliebter und offener, freundlich und teilnahmsvoll gegenüber Gleichaltrigen zu sein
   - Interessierter und rücksichtsvoller zu werden
   - Mehr Gemeinsamkeit, Kooperation und Hilfsbereitschaft üben
   - Demokratischer und respektvoller im Umgang mit anderen zu werden
3. Das *Netz der Gewohnheiten und der Alltagsrituale knüpfen*, aber es auch wieder verändern können, wenn die Routine unsere Beweglichkeit lähmt. Wie lernen wir Vertrauen und Vertrautheit herstellen, wie lernen wir wohnen, uns an verschiedenen Orten aufhalten und wohl fühlen, wie regelmäßig arbeiten und lernen? Wie lernen wir Alltagsklugheiten ebenso wie die besonderen Klugheiten, die wir brauchen, um den Rahmen des möglichen Lebens auszuschöpfen? Wie lernen wir persönliche *Entscheidungen zu treffen? Was muss ich tun, was kann, will, soll oder darf* ich tun? Wir müssen dazu
   - das eigene Handeln durchdenken und seine Folgen erkennen;
   - erkennen, ob die Entscheidung vom Denken oder vom Gefühl bestimmt ist;
   - die Folgen eigener Entscheidungen anerkennen, sie vielleicht verändern können;
   - die Erkenntnisse auf unsere Alltagsgewohnheiten wie Essen, Schlafen, auf Probleme im Umgang mit Sexualität oder Drogen anwenden können.
4. Das *Leben genießen, über Ziele hinausschießen und auch das richtige Maß finden.* Das Begehren ist die Triebkraft der Bedürfnisse und wer nichts mehr begehrt oder an der Begehrlichkeit erstickt, gefährdet gleichermaßen seine Gesundheit. Um das Leben zu genießen und zu verstehen, brauchen wir das *»Einmaleins« der Gefühle- und ihrer »Grundfamilien«* (vgl. GOLEMANN 1997).
   - *Zorn:* Wut, Empörung, Entrüstung, Groll, Verärgerung, Verbitterung, Feindseligkeit, Hass, Gewalttätigkeit
   - *Trauer:* Leid, Kummer, Freudlosigkeit, Trübsal, Selbstmitleid, Einsamkeit, Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Depression
   - *Furcht:* Angst, Besorgnis, Bestürzung, Grauen, Entsetzen, Schrecken, Phobie, Panik

- *Freude:* Glück, Vergnügen, Behagen, Zufriedenheit, Fröhlichkeit, Stolz, Laune, Euphorie, Befriedigung, Entzücken, Erheiterung
- *Liebe:* Akzeptanz, Freundlichkeit, Vertrauen, Güte, Hingabe, Anbetung, Vernarrtheit
- *Ekel:* Verachtung, Geringschätzung, Widerwille, Aversion, Überdruss
- *Scham:* Schuld, Verlegenheit, Kränkung, Reue, Demütigung, Bedauern, Zerknirschung

5. Begreifen, dass wir sterben werden und *dass unsere Endlichkeit die wichtigste Anmahnung eines guten und erfüllten Lebens ist.* Der Schmerz, dass wir das Leben einst verlassen müssen, ist der Preis, den wir für die Möglichkeit zu leben bezahlen. Die Kunst zu leben geht mit der Kunst zu sterben Hand in Hand. *Leben braucht Empathie, die intuitive Form des Verstehens*:
   - Die Fähigkeit sich in andere Menschen und Situationen hineinzuversetzen
   - Sich als verletzbar zu zeigen
   - Sich in größere Zusammenhänge einbinden zu können und von ihnen zu wissen
6. Die *Zeit gebrauchen lernen und zu wissen, dass es nur eine Zeit gibt: die Lebenszeit*. Die Krankheit mit der Zeit ist eine, die schon die Praxen von Kinderärzten und Therapeuten füllt. Der Verlust der eigenen Zeit ist *der* Verlust des eigenen Lebens, selbst wenn man von morgens bis abends schuftet. *Leben braucht ein spezifisches Zeitverständnis und Zeitmanagement*.
   - Wie lernt man verstehen, wie man sich stresst?
   - Wie lernt man den eigenen biografischen Stress abzubauen?
   - Wie kann man Gruppen »entspannen«?
7. Die *Kunst der Gelassenheit* zu üben und hellwach und mit allen Sinnen dennoch anwesend zu sein. Dazu gehören auch meditative Übungen.

Möge die Übung gelingen.

Literatur

Gadamer HG (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Suhrkamp Verlag, Frankfurt.

Gruen A (1986) Der Verrat am Selbst. Deutscher Taschenbuch Verlag, München.

Goleman D (1997) Emotionale Intelligenz. Deutscher Taschenbuch Verlag, München.

Goleman D (1998) Die heilende Kraft der Gefühle, Gespräche mit dem Dalai Lama über Achtsamkeit, Emotion und Gesundheit. Deutscher Taschenbuch Verlag, München.

Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001, 3 Bände). Nomos Verlag, Baden-Baden.

Glaeske G et al. (2003) Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Friedrich Ebert Stiftung, Abteilung Arbeit und Sozialpolitik, Bonn.

Hüther G (2001) Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen.

Hüther G (2000) Die Evolution der Liebe. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen.

Hüther G (1999) Biologie der Angst. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen.

Illich I (1995) Die Nemesis der Medizin. C.H. Becksche Verlagsbuchhandlung, München, Reinbek.

Jonas H (1973) Organismus und Freiheit. Vandenhoek & Ruprecht, Göttingen.

Keil A (2004) Wenn Körper und Seele streiken. Die Psychosomatik des Alltagslebens. Ariston Verlag, München, Kreuzlingen.

Keil A (1996) Die initiatische Dimension der Gesundheit. In: Robrecht J (Hg.): Der Mensch als Zeuge des Unendlichen, Novalis Verlag, Schaffhausen.

zur Lippe R (1978) Am eigenen Leibe. Zur Ökonomie des Lebens. Syndikat Verlag, Frankfurt.

Maturana H, Verden-Zöller G (1997) Liebe und Spiel. Die vergessenen Grundlagen des Menschseins, Auer Verlag, Heidelberg.

Reich W (1979) Christusmord. Walter Verlag, Freiburg.

Schmid W (1998) Philosophie der Lebenskunst. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt.

Schweitzer A (1990) Kultur und Ethik. C.H. Beck, München.

Prävention und Qualität – Herausforderungen für eine zukunftsorientierte Versorgung psychisch Kranker

Stephanie Stock und Karl W. Lauterbach

Die Prävention psychischer Erkrankungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht losgelöst von den allgemeinen Entwicklungen des Gesundheitssystems betrachtet werden kann. Für eine erfolgreiche Präventionsstrategie psychischer Erkrankungen ist es nicht nur notwendig, Prävention zielgerichtet durchzuführen, sondern es müssen auch demographische, wirtschaftliche und soziale Entwicklungen sowie ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen und auf psychisch Kranke im Besonderen betrachtet werden. Im Folgenden soll die Bedeutung von Prävention allgemein, ihre Rolle im Gesundheitswesen sowie wichtige Faktoren einer erfolgreichen Prävention dargestellt und die Besonderheiten der Prävention psychischer Erkrankungen abgeleitet werden.

Definition und Zielsetzung von Prävention im Gesundheitswesen

Prävention war lange Zeit ein Stiefkind der Gesundheitsversorgung. Bedingt durch die demographische Entwicklung, die wohlstands- und lebensstilbedingte Verschiebung des Morbiditätsspektrums mit einer Dominanz chronischer Erkrankungen sowie der Frage nach der zukünftigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung gewinnt Prävention zunehmend an Bedeutung. Mit dem geplanten Präventionsgesetz soll sie neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege gleichberechtigt zur vierten Säule im Gesundheitswesen aufgebaut werden. Dadurch soll in einer langfristigen Perspektive die Lebensqualität der Bevölkerung verbessert und Kosten, die als Folgen chronischer Erkrankungen entstehen, vermieden werden. Neben der systematischen Vermeidung von Krankheiten, der Steigerung der Lebensqualität und der Verlängerung des in Gesundheit verbrachten Lebensabschnitts muss es ein gleichberechtigtes Ziel von Prävention sein, sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede abzubauen. Diese Ziele teilt Prävention mit der Gesundheitsförderung. Die beiden Ansätze unterscheiden sich jedoch in ihrem Ansatzpunkt und den eingesetzten Strategien. Prävention geht von Krankheiten bzw. krankheitsspezifischen Risiken aus, mit dem Ziel das Erkrankungsrisiko zu mindern. Sie zielt entsprechend auf Risikoträger oder bereits Erkrankte. Gesundheitsförderung hingegen zielt auf die Stärkung personeller und sozialer Ressourcen, die Individuen und sozial benachteiligte Gruppen befähigen, zur Gesunderhaltung bzw. Gesundung beizutragen. Entsprechend können auch im Bereich der psychischen Erkrankungen

zwei große Bereiche unterschieden werden: Der Bereich der Förderung mentaler Gesundheit und der Bereich der Prävention psychischer Erkrankungen. Der Bereich der Förderung mentaler Gesundheit zielt auf die gesamte Bevölkerung während die Prävention psychischer Erkrankungen auf der Epidemiologie basiert und auf Risikoträger zielt. Beide Ansätze sollten sich in der Prävention somatischer und psychischer Erkrankungen ergänzen und gleichberechtigt nebeneinander stehen.

Rahmenbedingungen für Prävention im deutschen Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem gehörte lange Zeit zu den Systemen, die weltweit eine Vorbildfunktion innehatten. Das Fehlen von Warteschlangen, die Vorhaltung von ausreichend Kapazitäten, die solidarische Finanzierung und die Gewährung von Leistungen alleine nach der medizinischen Notwendigkeit sind Attribute, die dem deutschen Gesundheitssystem positive internationale Wertungen eingebracht haben. Dennoch hat die WHO in ihrem Ranking der Gesundheitssysteme das deutsche Gesundheitssystem auf den 25. Platz verwiesen. Welche Aspekte haben zu diesem methodisch nicht unumstrittenen Ergebnis geführt? Betrachten wir zuerst die wichtigsten Herausforderungen an das deutsche Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert: Die demographische Entwicklung und der medizin-technische Fortschritt. Die demographische Entwicklung bedingt eine doppelte Alterung der Gesellschaft durch sinkende Geburtenzahlen und eine verlängerte Lebenserwartung. Innovationen werden kontinuierlich in vielen Bereichen der Medizin eingeführt, und das medizinische Wissen hat eine Halbwertszeit von ca. fünf Jahren. Häufig ersetzen neu eingeführte Innovationen nicht bereits vorhandene Technologien, sondern werden zusätzlich eingeführt. Hinzu kommt, dass nur in wenigen Fällen eine Kosten-Nutzen-Abwägung der Einführung vorausgeht. Häufig wird bei der Einführung lediglich danach entschieden, ob ein Nutzen zu erwarten ist. Nicht jedoch, ob dieser Nutzen mit anderen Technologien zu einem günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis zu erreichen wäre. Demographische Alterung und die Einführung von Innovationen haben Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme und auf den zu erwartenden Versorgungsbedarf. Ohne Veränderungen in beiden Bereichen wird ein steigender Versorgungsbedarf von immer weniger Beitragszahlern finanziert werden müssen.

Beide Bedingungen führen dazu, dass zwei Stellgrößen im Gesundheitssystem immer mehr an Bedeutung gewinnen, wenn eine Rationierung vermieden werden soll: Die Prävention und die erreichte Ergebnisqualität der medi-

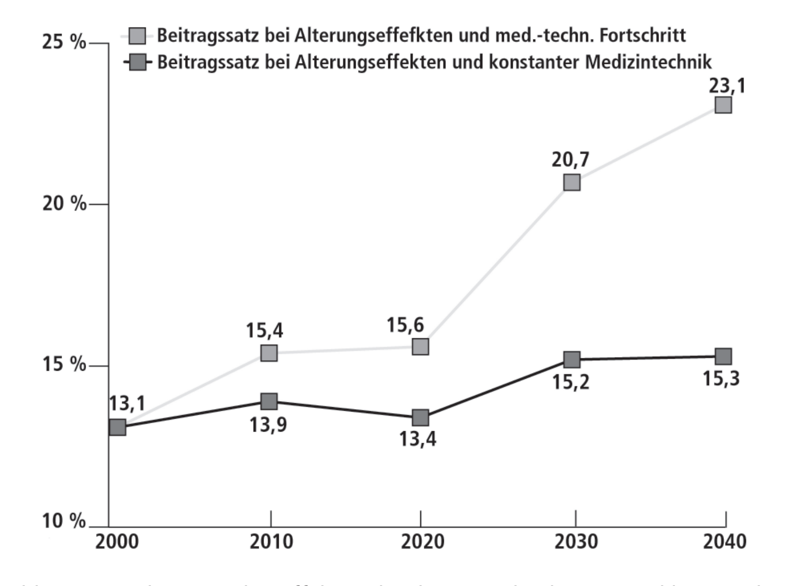


Abb. 1: Projektion zu den Effekten der demographischen Entwicklung und der Einführung von Innovationen auf die Beitragssatzentwicklung

zinischen Versorgung in Abhängigkeit von den eingesetzten Ressourcen. Das zentrale Anliegen der Gesundheitspolitik sollte es daher sein, den durchschnittlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung und hier insbesondere der chronisch Kranken zu verbessern. Dies erscheint umso dringlicher, wenn man bedenkt, dass nach dem neuesten GEK-Bericht über 90 % der Ausgaben im Gesundheitssystem von ca. 12 % der Versicherten verursacht werden. Diese Versicherten leiden in der Regel an chronischen Erkrankungen wie Diabetes Mellitus, Hypertonie und Koronare Herzkrankheit, aber auch psychische Erkrankungen, wie z.B. die Depressionen gehören zu den kostenintensiven Erkrankungen, die eine lange bzw. lebenslange Betreuung erfordern. Betrachtet man die Ergebnisse, die wir in Deutschland bei der Versorgung wichtiger Erkrankungen erreichen z.B. anhand der altersstandardisierten Sterblichkeit der OECD-Daten, so zeigt sich, dass Deutschland bei chronischen Erkrankungen im internationalen Vergleich gemessen an der Lebenserwartung im europäischen Mittelfeld liegt. Entscheidend ist jedoch nicht in erster Linie die Position, die Deutschland gemessen an Outcomes im europäischen Vergleich einnimmt, sondern ob eine relative Verbesserung der Outcomes über die Zeit erreicht werden kann. Vergleichbare europäische Länder konnten ihre Sterblichkeit bezüglich kardiovaskulärer Todesursachen relativ gesehen in den letz-

ten Jahrzehnten deutlich stärker senken als Deutschland. Wo liegen die Ursachen für diese Entwicklung? Ergebnisse der Versorgungsqualität werden durch Kuration und Prävention beeinflusst. Im Bereich der Kuration konnten in Deutschland z. B. in der Sterblichkeit des akuten Herzinfarktes oder in der »door-to-needle« Zeit in der Prähospitalphase deutliche Fortschritte erzielt werden. In der Sekundärprävention der Koronaren Herzkrankheit, gemessen an den Risikofaktoren Rauchen, erhöhter Cholesterinspiegel, erhöhter Blutdruck und Übergewicht hingegen hat sich die Situation in Deutschland in den letzten Jahren nicht verbessert. Prävention war lange Zeit ein Stiefkind der kurativen Medizin. Anreize für Ärzte und Patienten haben dazu geführt, dass lediglich bereits motivierte Patienten bereits bestehende Präventionsangebote angenommen haben. Große Teile der Bevölkerung und der Risikoträger konnten nicht erreicht werden. Aber selbst in dieser motivierten Gruppe war die Langzeitstabilisierung der erreichten Effekte oft schwierig. Vor diesem Hintergrund konnten Verbesserungen in der Akutmedizin weder die Kosten stabilisieren, da für die Überlebenden die Wahrscheinlichkeit steigt, an einer anderen chronischen Erkrankung zu erkranken, noch konnte ein gezielter Abbau von Risikofaktoren realisiert werden. Daher blieben viele Defizite in der Versorgung chronisch Kranker, die auf mangelnde Sekundärprävention zurückgehen, bestehen. Hier hat der Gesetzgeber mit der Einführung der Disease Management Programme mit dem Anspruch einer strukturierten und zielgruppenspezifischen Sekundärprävention ein deutliches Signal gesetzt. Ein weiterer Schritt in diese Richtung wird die Verabschiedung des geplanten Präventionsgesetzes sein, das über eine Stärkung der Primärprävention in Setting-Ansätzen die Zielgruppen erreichen soll, die bei den bisherigen klassischen Präventionsansätzen nicht erreicht werden konnten.

Die Bedeutung sozioökonomischer Faktoren für Outcomes und Prävention

Die Bedeutung der sozioökonomischen Ausrichtung von Prävention für deren Erfolg wurde bereits angedeutet. Es gibt in Deutschland nur wenig Studien zum Zusammenhang zwischen Outcomes, Prävention, Lebenserwartung und sozioökonomischer Schichtzugehörigkeit. Auch in der Frage, welche Bedeutung der Risikofaktor Arbeit für die Lebenserwartung und wichtige Versorgungsdefizite hat, besteht noch Forschungsbedarf. Wenn Armut und Schichtzugehörigkeit nicht als Risikofaktoren für schlechtere Ergebnisse in der Versorgung chronischer Erkrankungen thematisiert werden, wird es auch nicht zur Bekämpfung dieser Risikofaktoren kommen können. Rosenbrook und Geene haben festgestellt, dass Angehörige des sozial schwächsten im

Vergleich zum privilegiertesten Fünftel der Gesellschaft in nahezu jeder Lebenssituation ein mindestens doppelt so hohes Risiko haben, schwer zu erkranken, zu sterben, zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein. Diese Unterschiede in Morbidität und Mortalität werden in Großbritannien schon des längeren systematisch erforscht. Dennoch ist es nicht gelungen, diese Unterschiede zu verkleinern, sondern sie haben sich im Zeitablauf eher vergrößert (Abb. 2).

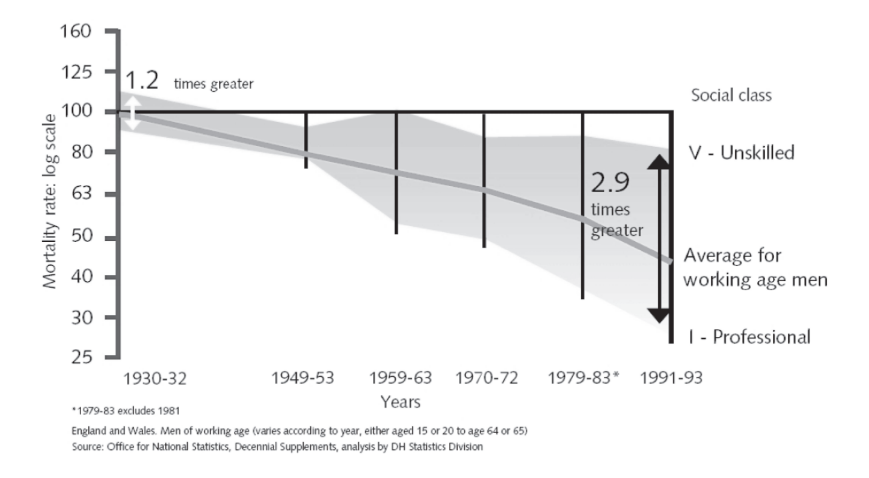


Abb. 2: Mortalität und soziale Schichtzugehörigkeit in Großbritannien; Quelle: www.doh.gov.uk/healthinequalities/programforaction/program

Es ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung auch in Deutschland einsetzen konnte. Dabei ist Armut in der Regel nicht als direkte Folge von Krankheit in Deutschland einzustufen. Die sozialen Sicherungssysteme vermeiden eine solche Entwicklung weitestgehend. Allerdings ist es uns trotz der Einführung differenzierter sozialer Sicherungssysteme nicht gelungen, den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf Krankheit und Gesundheit aufzulösen. Vielmehr führen Schichtunterschiede nach wie vor zu Unterschieden im Gesundheitszustand. Diese Schichtunterschiede im Gesundheitszustand zu erkennen und auszugleichen ist ebenfalls Aufgabe einer zielgerichteten Prävention und mindestens so wichtig wie die Ausrichtung auf medizinische Risikofaktoren. Entscheidend hierbei ist, dass nicht nur Schichtzugehörigkeit und Morbidität korrelieren, sondern dass es auch einen Zusammenhang zwischen gesundheitsrelevantem Verhalten, gesundheitsrelevanten Einstel-

lungen und sozialer Schicht gibt. So werden für die Risikofaktoren starkes Rauchen, starkes Übergewicht und sportliche Inaktivität deutliche schichtspezifische Korrelationen gefunden. Im Morbiditätsgeschehen haben nichtinsulinpflichtiger Diabetes mellitus, chronische Bronchitis und Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwür eine höhere Prävalenz in der Unterschicht, während z.B. die Rhinitis allergica häufiger in der Oberschicht zu finden ist (Tabelle 1).

Tab. 1: Prävalenz ausgewählter Erkrankungen in Abhängigkeit von der sozialen Schicht; Quelle: Bundes-Gesundheitssurvey 1998

	Unterschicht		Mittelschicht		Oberschicht	
	Männer	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**
Diabetes Mellitus (nicht insulinpflichtig)	5,6 %	8,5 %	3,5 %	3,4 %	2,5 %	1,6 %
Ulcus ventriculi et duodeni	11,6 %	8,7 %	9,9 %	6,2 %	6,2 %	4,9 %
Rhinitis allergica	11,7 %	10,7 %	13,9 %	18,3 %	18,5 %	20,3 %

Bezüglich präventiver Potenziale werden Arzneimittel mit präventivem Charakter eher in der Oberschicht angewendet als in der Unterschicht. Arzneimittel mit kurativem Charakter werden hingegen in allen Arzneimittelgruppen in der Unterschicht häufiger angewendet als in der Oberschicht. Auch bezüglich settingbezogener Maßnahmen wie z.B. Kursen zur Raucherentwöhnung oder lebensstilverändernde Maßnahmen findet sich ein starker schichtbezogener Gradient. Aus diesen Faktoren lässt sich leicht ableiten, über welche Krankheiten die Unterschiede in der schichtspezifischen Lebenserwartung und Lebensqualität vermittelt werden. An erster Stelle stehen die Koronare Herzkrankheit, Lungenkrebs, Schlaganfall, kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes Mellitus.

Weitere Erkrankungen bzw. Erkrankungsrisiken, die stark schichtbezogen sind, gehen überwiegend mit Suchtverhalten einher. Hier steht die Lungenkrebssterblichkeit an erster Stelle. Lungenkrebs sowie dessen wichtigster Risikofaktor, das Rauchen, korrelieren stark mit dem sozioökonomischen Status.

Die Bedeutung einer multifaktoriellen Prävention

Die Bekämpfung dieser Risikofaktoren ist bisher in Deutschland nicht so erfolgreich verlaufen, wie wir uns das wünschen würden. Die Forschung investiert viele Ressourcen, um neue Risikofaktoren, wie z.B. die Bedeutung des Homozysteinspiegels für die Entwicklung einer Koronaren Herzkrankheit, zu identifizieren und einzuordnen, was auch zu begrüßen ist. Allerdings ist es in Deutschland bisher nicht gelungen, die bekannten und epidemiologisch relevanten Risikofaktoren erfolgreich zu bekämpfen. Durch die gezielte und erfolgreiche Bekämpfung von bereits bekannten und epidemiologisch wichtigen Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Fehlernährung und Alkoholkonsum könnten wir aufgrund der multifaktoriellen Genese chronischer Erkrankungen fast die gesamte Palette wichtiger chronischer Erkrankungen beeinflussen (Abb. 3).

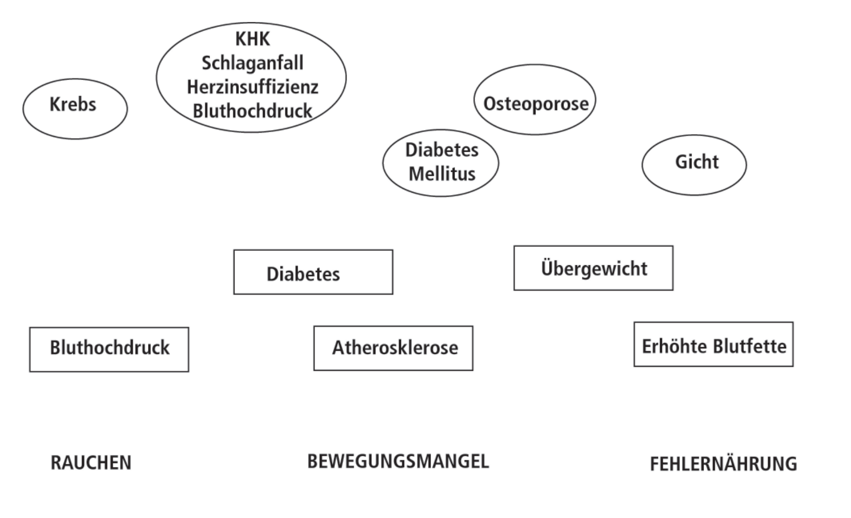


Abb. 3: Interdependenzen epidemiologisch wichtiger Risikofaktoren und chronischer Erkrankungen; Quelle: Eigene Darstellung

Die meisten chronischen Erkrankungen weisen eine multifaktorielle Genese auf. Das bedeutet, dass eine Erkrankung durch verschiedene Risikofaktoren in ihrer Ausprägung beeinflusst wird. Beispielsweise sind Bewegungsarmut,

Fehlernährung und Übergewicht Risikofaktoren, die alle drei die Entstehung von Bluthochdruck begünstigen. Andererseits ist Bluthochdruck wiederum ein wesentlicher Risikofaktor für verschiedene andere chronische Erkrankungen wie Schlaganfall, Koronare Herzkrankheit und die vaskuläre Demenz. Dass die Beeinflussung dieser wichtigen Risikofaktoren große Auswirkungen haben kann, zeigt das Beispiel Finnland. Dort konnte durch ein bevölkerungsbezogenes Präventionsprogramm landesweit eine Reduktion der Sterblichkeit an kardiovaskulären Ursachen um 65 % erreicht werden.

Wie bereits dargestellt, korreliert die Ausprägung dieser Risikofaktoren mit der sozioökonomischen Schicht und dem sozialen Status. So sinkt mit der Höhe der sozialen Schicht die Prävalenz der koronaren Risikofaktoren, und die untersten sozialen Schichten sind erwartungsgemäß am stärksten belastet (Tabelle 2).

Hinzu kommt, dass in den unteren sozialen Schichten auch ungünstige gesundheitliche Verhaltensweisen häufiger zu finden sind als in den oberen sozialen Schichten. Dieser Befund ist dadurch zu erklären, dass gesundheitsrelevante Verhaltensweisen schichtspezifisch geprägt werden. Gleichzeitig gehen einige dieser Risikofaktoren wie z.B. Alkoholabhängigkeit und Sucht überdurchschnittlich häufig mit psychischen Erkrankungen einher.

Multifaktorielle Prävention chronischer und psychischer Erkrankungen ist eng miteinander verknüpft

Prävention zur Vermeidung psychischer Erkrankungen sollte daher an verschiedenen Stellen ansetzen. Mit sinkendem sozialem Status steigt die klinische Beeinträchtigung durch psychische Erkrankungen, und in der unteren Unterschicht ist die Prävalenz psychischer Störungen deutlich höher als im Vergleich zur Oberschicht und oberen Mittelschicht (Abb. 4).

Andererseits erfahren psychisch Kranke häufig einen sozialen Abstieg, der zu niedrigem Einkommen oder Armut führt. Armut ihrerseits ist wieder ein Risikofaktor für die Entwicklung weiterer somatischer Erkrankungen. Dadurch haben psychisch Kranke aufgrund der Konstellation, dass psychische Erkrankungen häufig zu sozialem Abstieg führen und die dadurch bedingte Armut ein Risikofaktor für die Entwicklung weiterer chronischer Erkrankungen darstellt, gleichzeitig eine größere Wahrscheinlichkeit für eine höhere somatische Morbidität.

»Klassische« Prävention erreicht psychisch Kranke und sozial Schwache nicht und führt zu einer weiteren Spreizung der Lebenserwartung. Hinzu kommen Risikofaktoren, die aus der Kombination Armut und psychischer

Tab. 2: Prävalenz wichtiger Risikofaktoren für die Entwicklung einer Koronaren Herzkrankheit in Abhängigkeit von der sozialen Schicht; Quelle: Helmert et al. 1997

CVD risk factor	Distribution			Income group						
				Prevalence (%)				Odds Ratios		
				All	high	medium	poor	high	medium	poor
current smoker	East	M	1076	39.9	33.0	40.0	48.5	1.00	1.50*	2.19*
		F	1109	20.7	17.8	19.2	30.2	1.00	1.32	2.51**
	West	M	2459	38.6	38.1	37.8	42.1	1.00	1.00	1.19
		F	2499	28.1	28.2	26.8	31.7	1.00	0.92	1.23
ex-smoker	East	M	1076	33.9	34.1	34.5	30.4	1.00	1.02	0.85
		F	1109	13.7	21.0	13.7	8.5	1.00	0.82	0.58
	West	M	2459	34.6	35.6	35.1	30.7	1.00	0.96	0.79
		F	2499	19.2	26.4	18.5	13.1	1.00	0.65***	0.43***
no leisure time sport activities	East	M	1076	48.1	38.0	48.3	61.1	1.00	1.54*	2.82***
		F	1103	58.3	50.2	58.2	64.3	1.00	1.65*	2.00**
	West	M	2455	37.3	26.7	37.9	54.6	1.00	1.71***	3.60***
		F	2494	47.4	34.6	47.6	61.5	1.00	1.77***	3.60***
hypertension	East	M	1076	35.5	36.7	36.4	28.6	1.00	1.03	0.68
		F	1109	21.9	11.8	23.4	21.5	1.00	1.82	1.71
	West	M	2435	19.0	17.0	19.6	20.3	1.00	1.19	1.28
		F	2460	15.7	12.8	16.4	17.0	1.00	1.35	1.43
hypercholesterolemia	East	M	1068	40.6	38.1	40.9	42.8	1.00	1.02	1.11
		F	1105	34.5	31.5	34.5	36.3	1.00	0.91	0.99
	West	M	2437	35.4	35.7	35.0	36.3	1.00	0.96	1.06
		F	2481	36.0	34.1	37.0	35.4	1.00	1.17	1.08
obesity	East	M	1076	21.1	13.3	22.8	20.8	1.00	1.58*	1.30
		F	1109	26.6	17.8	25.3	37.1	1.00	1.30	2.47**
	West	M	2458	17.8	13.2	19.4	20.4	1.00	1.58***	1.68**
		F	2497	19.7	12.2	20.3	26.3	1.00	1.85***	2.61***

Significance: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Erkrankung entstehen. Dazu gehören Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht, Abhängigkeit von Nikotin und Alkohol. Die Kombination von sozioökonomischen und medizinischen Faktoren wie Armut, niedrige soziale Schicht und psychische Erkrankung führt oft zu einer sich selbst verstärkenden Abwärtsspirale. Entscheidend ist dabei, dass die Betroffenen von den üblichen Präventionsangeboten in Settingansätzen, Schulungen oder lebensstilverändernden Maßnahmen nicht erreicht werden können. Daher führt auch die eigentlich mit einem sozialkompensatorischen Anspruch eingeführte Gesundheitsförderung der Gesetzlichen Krankenkassen selbst zu einer Sprei-

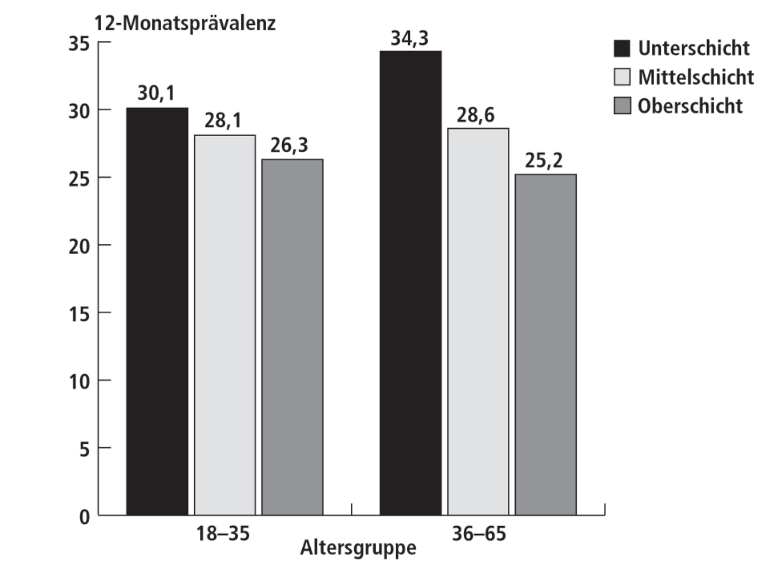


Abb. 4: Prävalenz psychischer Störungen in Abhängigkeit von der sozialen Schicht; Quelle: Bundesgesundheitssurvey 1998

zung der Lebenserwartung und Lebensqualität. Sozial benachteiligte Menschen und vor allen Dingen psychisch kranke Menschen können von diesen Programmen aufgrund ihrer Konzeption nicht erreicht werden. So zeigte beispielsweise der Zusatzsurvey »Psychische Störungen« des Bundesgesundheitssurveys, dass Patienten der Unterschicht aufgrund ihrer psychischen Erkrankung seltener spezialisierte Versorgungsangebote in Anspruch nehmen als Angehörige höherer sozialer Schichten. Übliche lebensstilmodifizierende Programme unterstützen diejenigen, die bereits in einem guten sozialen Umfeld leben und aufgrund schichtspezifischer Kognitionen und Verhaltensmuster die Bereitschaft zu einer Veränderung ihres Lebensstils aufweisen. Für diejenigen, die aufgrund ihrer schichtspezifischen Verhaltensmuster und Einstellungen nicht erreicht werden, verändert sich an Lebenserwartung und Lebensqualität nichts. Das bedeutet, dass die Unterschiede in der schichtspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsausprägung durch die bisherigen Konzepte der verhaltensmodifizierenden Prävention noch verstärkt werden, wenn diese nicht in Setting-Ansätzen gezielt schichtspezifische Einstellungen, Verhaltensmuster und psychische Erkrankungen Rechnung tragen. Das kann als ungerecht bezeichnet werden, wenn man wie der Sozialphilosoph John Rawls davon ausgeht, dass sozial gerecht ist, was die Situation des so-

zial Schwächsten und Kränksten am ehesten verbessert. Nach diesem Prioritätenprinzip wird Gerechtigkeit daran gemessen, was für diejenigen erreicht werden kann, die am schlechtesten gestellt sind (worst-off sind). Übertragen auf die Prävention, wäre der Präventionsansatz sozial am gerechtesten, der sich auf die Risikofaktoren derjenigen konzentriert, die am schlechtesten durch Präventionsangebote erreicht werden und die die geringste Bereitschaft haben, präventive Maßnahmen zu ergreifen. Das bedeutet, dass diejenigen Menschen, die sozial schlecht gestellt sind gezielte Unterstützung in ihren Lebenswelten erfahren sollten. Solche settingbezogenen Ansätze werden durch das in Planung befindliche Präventionsgesetz gestärkt.

Disease Management Programme können durch gezielte Prävention dazu beitragen, schichtspezifische Mortalitätsunterschiede abzubauen

Auch die kürzlich eingeführten Disease Management Programme zielen in eine ähnliche Richtung. In diesen Programmen besteht die Chance, soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten und in der Morbidität abzubauen. Dazu hat der Gesetzgeber für alle Kassen die Möglichkeit eingeräumt, Versicherte stratifiziert nach Risiko- und soziodemographischen Faktoren in der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen und im Aufbau neuer gesundheitsbezogener Verhaltensweisen zu unterstützen. Eine große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang Remindersystemen, Hotlines und risikostratifizierter Informationsgabe zu. Reminder sollen die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen sozial benachteiligter Schichten ebenso unterstützen, wie die Aufklärung über Symptome und Gefahren. Wird beispielsweise eine Augenuntersuchung versäumt, so kann die Krankenkasse durch ihre eigenen Mitarbeiter oder über eine Hotline den Versicherten in einfachen Worten die Bedeutung der Präventionsmaßnahme erklären. Durch die individualisierte Beratung kann auf schichtspezifische Einstellungen und Verhaltensweisen eingegangen werden. Ähnlich verhält es sich mit ungezielter Informationsgabe. Patienten aus sozial benachteiligten Schichten haben aufgrund ihrer häufig schlechteren Bildung geringere Chancen, Informationsmaterial zu verstehen und schichtspezifische Einstellungen zu ändern. Im Disease Management spielt neben gezielter Informationsgabe auch die Vermittlung von Informationen durch Gleichbetroffene eine wichtige Rolle. Beispielsweise sind im Disease Management Brustkrebs Selbsthilfegruppen als fester Bestandteil zur Informationsvermittlung eingebunden. Die Vermittlung von Informationen und Einstellungen durch Gleichbetroffene auch von anderen sozialen Schichten kann von den Betroffenen wesentlich besser

akzeptiert werden und zur Veränderung eigener gesundheitsbezogener Verhaltensweisen führen. Strukturierte Therapie- und Präventionsansätze wie sie dem Disease Management zugrunde liegen, können nachgewiesenermaßen zu einer Verringerung von schichtspezifischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität führen. So beträgt die kumulative 5-Jahres Inzidenz eines Patienten mit diabetischer Retinopathie zu erblinden ca. 4 %. Durch eine evidenzbasierte Therapie und Screeningmaßnahmen, wie sie in den Disease Management Verträgen vereinbart sind, kann die Verschlechterung der Erkrankung um über 50 % reduziert werden. Dabei kann die Kombination von Interventionen wie sie im Disease Management vorgesehen ist, sogar die Effekte einzelner Interventionen verstärken. Dafür sprechen die Ergebnisse kombinierter Interventionen an Diabetesfachambulanzen, die durch kombinierte Interventionsstrategien das relative Risiko kardio- und zerebrovaskulärer Ereignisse um bis zu 50 % verringern konnten.

Prävention erhöht nicht automatisch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Erkrankungen

Ein zentraler Vorwurf, der immer wieder an die Prävention gerichtet wird, lautet, dass Prävention die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Erkrankungen erhöhe. Dies ist der Fall, wenn ein einzelner Risikofaktor bzw. eine einzelne Erkrankung betrachtet und therapiert wird. In diesem Fall wird durch die Therapie einer Erkrankung kein wesentlicher Vorteil bezüglich Lebensqualität oder Lebenserwartung erreicht, weil sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer anderen chronischen Erkrankung erhöht. In der Realität wirken Risikofaktoren jedoch synergistisch, und die Entstehung chronischer Erkrankungen ist multifaktoriell. Entscheidend ist letztlich nicht die Kombination der Risikofaktoren, sondern der Ansatz einer multifaktoriellen Prävention. Ein multifaktorielles Präventionskonzept, das wichtige epidemiologische Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Suchtverhalten, Übergewicht und Fehlernährung umfasst, wird gleichzeitig auf viele verschiedene chronische Erkrankungen Auswirkungen haben. Nur eine gleichzeitige Beseitigung dieser wichtigen Risikofaktoren kann in einem settingspezifischen Ansatz zu einer tatsächlichen Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung führen. Es ist leicht einzusehen, dass gerade psychisch Kranke hier eine besondere Unterstützung bedürfen, da sie nicht aus eigener Kraft in der Lage sind, diese Risikofaktoren zu beseitigen. Daher sollte die Verhinderung dieser klassischen Risikofaktoren auch ins Zentrum der Prävention für psychisch Kranke gestellt werden. Denn ein psychisch Kranker, der durch die-

se Risikofaktoren ausgelöste somatische Erkrankung erleidet, wie z.B. einen Schlaganfall, erfährt dadurch eine deutliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands. Bereits bei Gesunden bildet sich bei bis zu 80 % derjenigen, die einen Schlaganfall erleiden im Anschluss eine Depression aus. Somatische und psychische Erkrankung sind hier oft eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Psychisch Erkrankte weisen erhöhte Risikofaktoren für somatische Erkrankungen auf, und die somatische Erkrankung, wenn sie eintritt, verschlechtert ihrerseits die psychische Grunderkrankung. Diese Konstellation begünstigt persönliche Armut und sozioökonomischen Abstieg. In der Folge kommen neue Risikofaktoren hinzu, die die Situation weiter aggravieren. Wenn diese Spirale durchbrochen werden soll, muss die somatische und die psychische Erkrankung berücksichtigt werden. Prävention somatischer Erkrankungen sollte für psychisch Kranke den selben Stellenwert haben wie die Prävention und Therapie psychischer Erkrankungen. Hier sollte sich die klinische Epidemiologie stärker einbringen und Konzepte für eine wirkungsvolle Prävention epidemiologisch wichtiger Risikofaktoren anbieten. Die bisher bekannten Risikofaktoren können einen großen Teil der Varianz in der Bevölkerungsgesundheit, der Lebenserwartung und Lebensqualität erklären. Die Entdeckung weiterer Risikofaktoren kann diese Varianz nur um einen geringen Anteil erhöhen. Da alle angesprochenen Risikofaktoren mit der sozialen Schicht korrelieren, ist hier ein deutlich stärkeres Engagement der Epidemiologen im Sinne einer schichtspezifischen Risikoprävention zu fordern. Prävention sollte sich stärker auf die vier oder fünf wichtigsten Risikofaktoren konzentrieren, die synergistisch auf viele chronische Erkrankungen wirken. Die Bedeutung somatischer Risikofaktoren in der Prävention für psychisch Kranke sollte nicht unterschätzt werden, da sie die Lebensqualität dieser Personengruppe deutlich einschränken und die Wirkung anderer Risikofaktoren sowie der Erkrankung selbst verstärken.

Zusammenfassung

Prävention sollte sich wesentlich stärker an sozioökonomischen Faktoren und Bedürfnissen ausrichten. Prävention in der Psychiatrie sollte auch epidemiologisch wichtigen somatischen Risikofaktoren und ihren Interdependenzen mit psychischen Erkrankungen Rechnung tragen.

Literatur

Bei den Verfassern

»Irre menschlich Hamburg« Aufklärung, Information und Prävention an Schulen

Thomas Bock

Die Psychiatrie ist im Prozess der Stigmatisierung nicht neutral, sondern aktuell wie historisch beteiligt. Damit hat sie eine Verantwortung, nicht nur die gesellschaftliche Wahrnehmung der Psychiatrie, sondern auch das öffentliche Bild psychisch erkrankter Menschen positiv zu beeinflussen. Sie ist dabei auf die Hilfe von Psychoseerfahrenen und Angehörigen angewiesen. Nur gemeinsam gelingt eine glaubwürdige Aufklärung, die über den Status quo hinausweist. Antistigma-Arbeit muss die Interaktionen in der Psychiatrie selbst kritisch reflektieren.

Nach einer Analyse der unterschiedlichen Konzepte von Stigmatisierung und Antistigma-Arbeit folgt die Auswertung einer Informationskampagne an Hamburger Schulen, die aus dem Hamburger Psychoseseminar heraus entstand. Die persönliche Begegnung zwischen Schülern und Psychoseerfahrenen steht dabei im Vordergrund. Zusätzlich werden nach den Wünschen der Lehrer Medien zum Thema »Anderssein, Verrücktheit, psychische Erkrankung« lehrplanbezogen, altersgemäß und fächerübergreifend zur Verfügung gestellt.

Inzwischen liegen Erfahrungen aus über 80 Unterrichtseinheiten in Unter-, Mittel- und Oberstufe sowie von zwei speziellen Tagen der offenen Tür mit jeweils über 500 Schülern und Schülerinnen vor. Die Resonanz bei Schülern und Lehrern ist eindeutig positiv. Für die beteiligten Psychoseerfahrenen zeigt sich ein besonderer Gewinn im Sinne von Empowerment. Die eher gesundheitspolitischen Motive der Antistigma-Arbeit werden inzwischen durch eine bildungspolitische Begründung ergänzt. Die trialogische Informations- und Aufklärungsarbeit an Schulen hat eine präventive Wirkung und erscheint als gute Alternative zu einer symptomorientierten Früherkennung.

Psychische Erkrankungen und Vorurteile

Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sind so verbreitet, dass die Zahl derer, die darunter leiden, beträchtlich ist. Vor allem Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und ihre Familien erleben Stigmatisierung, Angst und sozialer Rückzug sind die Folgen. Vorurteile gefährden individuelle therapeutische Fortschritte, das rechtzeitige Aufsuchen oder Annehmen von Hilfe, die Ressourcen der Familie und auch die strukturelle Weiterentwicklung der Psychiatrie. Insofern sind die Bemühungen, der Stigmatisierung

entgegenzuwirken, ein gemeinsames Anliegen von Patienten, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen und können als gemeinsame Anstrengungen besonders glaubwürdig und überzeugend sein.

Besonders betroffen sind Patienten mit den Diagnosen schizophrene und affektive Psychose (hier besonders manisch-depressive Erkrankung). Beide Diagnosegruppen betreffen jeweils mindestens 1–2 % der Bevölkerung. Bezieht man die Angehörigen mit ein, sind also fast fünf Millionen Menschen in Deutschland direkt oder indirekt betroffen. Einseitige Medienberichte, aber auch frühere Fehleinschätzungen der Psychiatrie halten Vorurteile aufrecht, die wissenschaftlich längst widerlegt sind: Die Patienten seien »gefährlich, unheilbar, unberechenbar«; ihre Persönlichkeit sei »gespalten«, die »Elternschuld an der Erkrankung«.

Wechselseitige Vorurteile abbauen – die Idee des Psychoseseminars/»Trialogs«

Seit über zehn Jahren hat sich von Hamburg ausgehend die Idee des Psychoseseminars verbreitet: Psychoseerfahrene Menschen, Angehörige und Psychiatrie-Profis begegnen sich auf gleicher Ebene, sozusagen auf Augenhöhe, um voneinander zu lernen und das Verständnis für Krankheit und Behandlung zu erweitern. Es geht um den Abbau wechselseitiger Vorurteile und die Entwicklung von Respekt und Dialog untereinander. Von Hamburg ausgehend gibt es im deutschsprachigen Raum inzwischen weit über 100 solcher Foren, die sich regelmäßig treffen und auf ihre Weise Berührungsängste abbauen helfen. Der Weltkongress für soziale Psychiatrie 94 in Hamburg unter dem Titel »Abschied von Babylon« war vom Trialog geprägt und machte diese Idee weit bekannt (Bock et al. 1992, 1994). Inzwischen ist die Beteiligung der jeweils anderen Perspektive auf vielen Kongressen selbstverständlicher oder doch zumindest wahrscheinlicher geworden.

Die Ergebnisse des wechselseitigen Lernens wurden in einer Broschüre »Es ist normal, verschieden zu sein« zusammengefasst: Die psychopathologischen Definitionen werden um anthropologische, also grundlegend menschliche Aspekte ergänzt, das psychotische Erleben wird auf diese Weise auch Laien verständlicher gemacht. Aus der subjektiven Sicht heraus werden verschiedene therapeutische Hilfestellungen abgewogen und begründet. Ohne besonderen Werbeaufwand und etablierte Vertriebswege wurde eine Auflage von insgesamt über 40000 Exemplaren gedruckt und zum Selbstkostenpreis von 1 Euro verkauft (Ag der Psychoseseminare 2002).

Kontroversen zum Problem psychiatrischer Stigmatisierung

Wer, wann und wo für Stigmatisierung verantwortlich zu machen ist, und entsprechend, wie und wo Antistigma-Arbeit ansetzen muss, ist strittig: Geschieht Stigmatisierung erst im Augenblick der Entlassung aus der Psychiatrie oder bereits mit dem ersten Tag der Erkrankung, bzw. ihrer Definition und Behandlung? Sind die Reaktionen einer uninformierten Öffentlichkeit allein verantwortlich oder trägt die Psychiatrie selbst Mitverantwortung für die Art und Weise, wie psychische Erkrankung wahrgenommen wird? Welche Rolle spielen dabei die genaue diagnostische Bezeichnung (»Schizophrenie« oder »Psychoseerfahrung«), bzw. Selbstdefinition und -stigmatisierung?

Auch die Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen von Antistigma-Arbeit ist kontrovers: Ist Stigmatisierung durch sachliche Information im professionellen Vortrag aufzuheben oder eher durch direkte Begegnungen und persönliche Erlebnisse mit den stigmatisierten Menschen selbst? Ist die Stigmatisierung von Randgruppen überhaupt durch einzelne Aktionen und Interventionen aufzuheben oder entspricht sie einer tieferen gesellschaftlichen Dynamik? Ist die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen eine nur »zufällig« betroffene Gruppe oder sind sie als »Fremde im eigenen Land« (wenn nicht sogar in der eigenen Haut) geradezu prädestiniert? Können Aufklärung und Information über psychische Erkrankungen an Schulen über die psychiatriepolitische Begründung und den schulischen Bildungsauftrag auch eine präventive Wirkung entfalten?

Stigmatisierung als Prozess

Soziologisch betrachtet ist Stigmatisierung die »Zuordnung gesellschaftlich negativ bewerteter Merkmale« (Finzen 2001). Unterschieden werden vor allem angeborene Merkmale sowie Merkmale einer Krankheit oder einer Minderheit. Die Stigmatisierung aufgrund einer Krankheit wird als subjektiv dramatischer beurteilt, weil die potenziell stigmatisierte Person vor der Erkrankung in der Regel selbst Träger von Vorurteilen war. Nach dieser Definition geschieht die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen unabhängig von einer bestimmten Absicht spätestens mit dem Beginn von Diagnostik und Behandlung, vielleicht schon früher mit der ersten Selbstzuschreibung, aber sicher nicht erst mit der Entlassung.

Zu verschiedenen Zeitpunkten sind positive oder negative Rückkopplungen von Definitionen und Selbstzuschreibungen zu unterscheiden (s. Abb. 1):

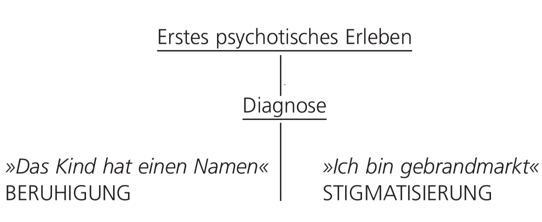


Abb. 1: Stigmatisierung als Prozess (Bock 2003)

Eine Psychiatrie, die mit Diagnosen vorsichtig umgeht, die sich um eine gemeinsame Sprache bemüht, Symptome nicht nur bekämpft, sondern auch zu verstehen sucht, Selbstverstehen und Selbstverständlichkeit fördert, die Angehörige einbezieht und in ihren Aufgaben stützt, betreibt individuelle Antistigma-Arbeit, die dann in allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit wirkungsvoll ergänzt und verstärkt wird (Abb. 1 linke Seite).

Eine Psychiatrie, die Diagnosen und Behandlungsstandards schematisch zuordnet, die sich auf ihre medizinische Fremdsprache beschränkt und Symptome ausschließlich wie Fremdkörper bekämpft, die tiefer liegenden Gefühle und Konflikte nicht aufgreift, sondern weiter abspaltet, die damit Gefahr läuft, die Patienten von ihren (verrückten) Wahrnehmungen noch weiter zu entfremden, eine Psychiatrie, die Angehörige nicht oder nicht rechtzeitig einbezieht und auch selbst keine Behandlungskontinuität anbietet oder zu organisieren vermag, widerspricht damit nicht nur modernen Erkenntnissen, sondern betreibt auch Stigmatisierung, weil sie Fremdheit auf allen

Ebenen verstärkt statt sie zu mindern. Dieser Prozess ist später durch noch so große öffentliche Anstrengungen nicht aufzuheben (Abb. 1 rechte Seite).

Die Benennung einer Krankheit ist nicht per se schlecht, sie kann ängstigen oder entängstigen (»Rumpelstilzchen-Effekt«). Nicht die Diagnostik allein entscheidet über Wohl und Wehe, sondern der sprachliche Kontext, die damit verbundene Botschaft, die gleichzeitig angebotene oder verweigerte Beziehung. Entgegen dem allgemein recht engen Verständnis von Krankheitseinsicht und Compliance, stellt Roessler (1999) fest, dass Patienten mit »idiosynkratischem Krankheitskonzept«, also mit eigenwilligem Selbstverständnis eine höhere Lebensqualität aufweisen. Daraus ist der Auftrag an die Psychiatrie abzuleiten, vom ersten Tag an sensibler für die eigene Wirkung zu sein, Psychoedukation großzügiger und dialogischer zu konzipieren und Compliance nicht als Unterwerfung des Patienten, sondern als Ausdruck eigener Flexibilität und Kooperationsbereitschaft zu begreifen.

Historische Aspekte

Betrachtet man die Entwicklung öffentlicher Vorurteile gegenüber psychischer Erkrankung (psychiatrie-)historisch, dann fällt auf, dass sie in aller Regel Fehleinschätzungen der Psychiatrie spiegeln: Dass Schizophrenie »unheilbar« und »degenerativ« sei, war lange Zeit geltende Lehrmeinung und Grundlage der Nazi-Psychiatrie. Die Betrachtung der Schizophrenie als Belastung für die Allgemeinheit diente in der NS-Psychiatrie als eine Begründung für die Euthanasieprogramme. Der Hinweis auf die gesellschaftlichen Kosten der Erkrankung, der sich auch in offiziellen Antistigmaprogrammen findet, erscheint deshalb nicht unproblematisch. Das Vorurteil, Schizophrene seien gefährlich, wurde durch deren Ausgrenzung in Großanstalten genährt. Die Hypothese von der »Schuld der Eltern« fand sich bis vor kurzem in modernen Schizophrenie-Konzepten und wird durch einseitige Fehlinterpretation der Forschung zu den familiären »High expressed emotions« (HEE) bis heute genährt. Die »gespaltene Persönlichkeit« findet sich noch im heutigen Duden. Entsprechend könnte uns eine allzu reduktionistische Sichtweise auf die Schizophrenie als Hirnkrankheit als Vorurteil von morgen begegnen (s. Abb. 2).

Stigma und Menschenbild

Wer aufgrund welcher Merkmale stigmatisierbar ist, hängt nicht nur von der Besonderheit des Einzelnen, sondern auch vom allgemeinen Menschenbild ab. Gilt das in manchen Medien propagierte Bild des erfolgreichen, flexib-

Schizophrenie »unheilbar«	frühe Konzepte der Psychiatrie
Schizophrenie »degenerativ«	Nazi-Psychiatrie
Schizophrene Belastung für Allgemeinheit	Nazi-Psychiatrie
Schizophrene »gefährlich«	Ausgrenzung, Anstalten 70er-Jahre
»Eltern schuldig«	Konzept »schizophrenogene Mutter«,
»gespaltene Persönlichkeit«	frühe Konzepte, Duden von heute!
Schizophrenie = Hirnkrankheit	Antistigma-Kampagne der USA

Abb. 2: Vorurteile im psychiatriehistorischen Kontext

len, dynamischen und ewig jungen Menschen als unhinterfragbares Maß, dann ist jede Abweichung davon stigmatisierbar. Wird der Mensch symbolisch als gleichmäßig rundes Wesen abgebildet, dann ist jede Ausbuchtung dieses idealrunden Kreises ein potenzielles Stigma.

Eine in diesen Kontext eingeengte Behandlung versucht, den Menschen dem vermeintlichen Ideal wieder anzunähern und erhöht so noch das Risiko der Stigmatisierung. Antistigma-Arbeit hat ein entgegengesetztes Anliegen: Sie will deutlich machen, dass das Ideal des allzeit und allseits ebenen und runden Menschen nicht der Wirklichkeit entspricht. Es geht ihr darum, das Bild vom Menschen zu erweitern – in der Psychiatrie und in der Gesellschaft. An dieser Stelle hat dann Antistigma-Arbeit nicht nur eine psychiatriepolitische und »karitative«, sondern bildungspolitische und präventive Bedeutung.

Realbild: Idealbild:

Behandlung:

Antistigma-Arbeit:

Abb. 3: Stigma und Menschenbild

Unterschiedliche Konzeptionen der Antistigma-Arbeit

Die Psychiatrie ist also im Prozess der Stigmatisierung nicht neutral, sondern aktuell wie historisch beteiligt. Damit hat sie eine Verantwortung, die gesellschaftliche Bewertung der Merkmale, die sie zuordnet, positiv zu beeinflussen. Sie hat die Aufgabe, nicht nur die oft verzerrte Wahrnehmung psychiatrischen Handelns, sondern vor allem die von psychisch erkrankten Menschen zu korrigieren. Doch genau an dieser Stelle ist sie auf die Hilfe der Psychoseerfahrenen und Angehörigen, auf die Kooperation im Trialog, angewiesen. Nur gemeinsam kann eine Botschaft gelingen, die über den Status quo hinausweist, die eine anthropologische Wahrnehmung zulässt und neben die pathologische Sicht stellt. Nur gemeinsam besteht eine Chance, glaubwürdig zu wirken: Denn überzeugender als Ärzte, die über den Erfolg ihrer Therapien berichten, wirken Psychoseerfahrene und Angehörige, die ihre eigene Geschichte erzählen. Sie allein können deutlich werden lassen, wie ähnlich ihre Konflikte und Bedürfnisse denen eines jeden Menschen sind – mit dem Unterschied, dass Lebenskrisen bei besonders dünnhäutigen Menschen eben existenzieller wirken und tiefere Spuren hinterlassen.

In der Antistigma-Arbeit oder allgemeiner in der aufklärerischen Informationsarbeit sind verschiedene Gruppen und Initiativen aktiv, seit langem schon neben den Fachverbänden auch die Verbände der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen sowie die Psychoseseminare. Neu ist die offizielle Antistigma-Kampagne der World Psychiatric Association (WPA) unter dem Titel »Open the door«, die in Deutschland vor allem von einigen Hochschullehrern getragen wird. Ihre Aktivitäten werden zum Teil durch das eher biologisch orientierte Forschungsnetzwerk Schizophrenie, zum Teil durch Pharma-Firmen finanziert. Neben einzelnen regionalen Aktivitäten gibt es vor allem einige größere Informationsveranstaltungen. Dort wie auch in den Broschüren von »Open the door« wird vor allem auf die somatischen Aspekte einer schizophrenen Psychose und auf deren Beeinflussbarkeit durch (atypische) Neuroleptika hingewiesen. Berichte von Erfahrenen kommen gar nicht, von Angehörigen eher beiläufig vor. Allerdings werden in speziellen Ausstellungen gerne die Produkte schizophrener Künstler präsentiert.

Die so genannte »Antistigma-Kampagne von unten« ist trialogisch organisiert und wird im Wesentlichen von den in Deutschland bereits über 100 Psychoseseminare getragen. Deren öffentliche Treffen, die regelmäßig ca. 3000 Psychoseerfahrene, Angehörige und Profis zusammenführen, haben bereits eine Wirkung über den Teilnehmerkreis hinaus. Deutlich wird das z. B. am Charakter des Begriffs »Psychoseerfahrung«, der im Psychose-

seminaren geprägt wurde und der in den letzten zehn Jahren mit Sicherheit an stigmatisierender Kraft verloren hat. Inzwischen haben etliche Psychoseseminare ihre gezielten öffentlichen Anstrengungen verstärkt, Journalisten, andere Mediatoren in die Seminare eingeladen und oder Unterrichtsprojekte in die Schulen getragen, um das Verständnis von Psychosen zu erweitern und den Umgang damit transparenter zu machen (Bock 2001). Aus dem Bemühen, die wechselseitigen Vorurteile auszuräumen, sind gemeinsame Anstrengungen gegen öffentliche Zerrbilder erwachsen. Die Botschaft dieser »Antistigma-Kampagne von unten« ist hoffnungsvoll, will zugleich aber unzulässige Vereinfachungen vermeiden, das heißt, sie ist komplexer als die von »Open the door«: Psychosen sind nicht immer heilbar, aber es ist möglich, damit leben zu lernen. Hilfe ist nicht nur von Neuroleptika zu erwarten, notwendig ist eine langfristige therapeutisch tragfähige Beziehung, in die jede Entscheidung über Medikation einzubinden ist. Psychosen sind nicht nur pathologisch zu betrachten, sondern gehören zum Wesen des Menschen. Ob und wie Heilung gelingt, entscheidet nicht nur eine schnellstmögliche Symptomreduktion. Die Frage nach Schuld ist falsch gestellt, trotzdem gibt es auch innerhalb der Familie günstige und ungünstige Einflüsse, über die nachzudenken sich lohnt. Psychoseerfahrene Menschen sind im Wesentlichen nicht gefährlicher als Menschen ohne diese Erfahrung, auch wenn einzelne Risiken in der akuten Psychose erhöht sind; vor allem werden sie wesentlich öfter Opfer von Gewalt als Täter.

Vergleich	offizielle Antistigma-Kampagne	»Antistigma-Kampagne von unten«
Verständnis	Psychosen sind vor allem neurologisch bedingt, also »Hirnkrankheiten«	Psychosen sind existenzielle Lebenskrisen besonders dünnhäutiger Menschen mit psychischer/biologischer Eigendynamik
Heilbarkeit	Psychosen sind heilbar	Sie sind zwar nicht immer heilbar; aber man kann mit ihnen leben lernen
Familien	Familien sind unschuldig; die körperlichen Prozesse wirken unabhängig	Es gibt im Zusammenleben viele Wechselwirkungen, aber keine einseitige Schuld. Familien brauchen Entlastung/Unterstützung
Behandlung	Atypische Neuroleptika sind das Mittel der Wahl	Notwendig ist eine therapeutische Begleitung als Orientierungshilfe. Auch Medikamente wirken nur in einem tragenden Kontext.

Abb. 4: Inhalte der Antistigma-Kampagnen

Anthropologische Ergänzung der pathologischen Sicht

Die Hauptbotschaft der Antistigma-Kampagne von unten lautet: Die Möglichkeit, psychotisch zu werden, ist tief im Wesen des Menschen verankert: »Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Es gehört zu unseren Fähigkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren. Wer längere Zeit verzweifelt ist, ohne Halt und Trost zu finden, wer seine Gefühle nicht mehr mitteilen kann oder nicht mehr aushält, kann depressiv werden. Oder wenn er die Flucht nach vorne ergreift, manisch. Wer sich selbst verliert, verliert auch seine Begrenzung und Abgrenzung zu anderen. Entsprechend verändert sich die Art, Dinge und Personen um sich herum wahrzunehmen. Die Gedanken werden sprunghaft statt logisch. Dauert dieser Zustand an, sprechen wir von Psychosen. Wer psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern reagiert zutiefst menschlich.« (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare 2001)

Verwiesen wird auf die Parallele zwischen Traum und Psychose – mit dem wesentlichen Unterschied, dass der Traum durch den Schlaf geschützt wird. Hypothetisch wird die paranoide Wahrnehmung verstanden als Rückgriff auf die Sicht eines Kindes, das im Alter von zwei, drei Jahren alles, auch den Streit der Eltern, auf sich selbst bezieht, die Welt anders als egozentrisch noch gar nicht wahrnehmen kann. Verwiesen wird auf die Tatsache, dass alle Menschen psychotisch werden können – sei es durch vollständigen Reizentzug oder durch Reizüberflutung im Sinne von innerer oder äußerer Traumatisierung. Die Schwelle der Vulnerabilität ist verschieden, und dabei spielen auch die biologischen Aspekte eine Rolle. Medikamente und andere Therapien könnten schützen und der biologischen bzw. psychosozialen Eigendynamik der Erkrankung entgegenwirken. Nicht mehr und nicht weniger. Mit diesen Hinweisen wollen die Vertreter der Antistigma-Kampagne von unten nach eigenem Bekunden nicht verharmlosen, sondern verdeutlichen, dass Menschen in Psychosen nicht menschenuntypisch handeln. Sie wollen den inneren Bezug wahren oder wiederherstellen und glauben, dass diese Sichtweise nicht nur für die Antistigma-Arbeit, sondern auch für die Kooperation in der Behandlung vorteilhaft ist.

Methodik der Antistigma-Arbeit an Schulen

Aus dem trialogischen Kontext der Psychoseseminare heraus ist die Beteiligung von Psychoseerfahrenen und Angehörigen bei allen Antistigma-Aktivitäten selbstverständlich. Die persönliche Botschaft der Experten in eigener Sache und der Begegnung mit ihnen wird die größte Überzeugungskraft zugeschrieben. Dabei wird auch auf Untersuchungen verwiesen, nach denen die Vorurteile etwa bei Medizinstudenten durch Wissenszuwachs eher zunehmen und erst im Rahmen von praktischer Arbeit wieder abnehmen.

Hamburg war 1990 Geburtsort der Psychoseseminare, 1994 Veranstaltungsort des ersten Psychiatrischen Weltkongresses, der den Trialog, also die gleichberechtigte Teilnahme von Erfahrenen, Angehörigen und Profis und den Abbau der Vorurteile untereinander unter dem Titel »Abschied von Babylon« zum zentralen Anliegen machte. Hamburg ist nun sowohl an der offiziellen Antistigma-Kampagne »Open the door« als auch an der Antistigma-Kampagne von unten beteiligt. Insofern findet hier eine Begegnung der verschiedenen Ansätze statt. Deren konstruktive Auseinandersetzung, ihren gleichberechtigten Umgang miteinander und ihren gleichen Zugang zu Ressourcen soll mit diesem Artikel gefördert und gefordert werden.

Es ist sicher kein Zufall, dass viele der Initiativen zum Thema Antistigma sich vor allem und gerade an Schulen wenden. Es gibt Initiativen in Leipzig (Angermeyer 2003) und Münster, die jeweils in enger Kooperation mit »Open the door« bzw. mit dem Bundesverband der Angehörigen stehen. Und es gilt für die Initiative »Irre menschlich«, die aus dem Hamburger Psychoseseminar hervorgegangen ist und die inzwischen vielen anderen Initiativen aus diesem Kontext als Vorbild und Orientierung dient. Mittels eines Faltblattes werden Lehrer und Schüler gleichermaßen angesprochen, das Thema »Anderssein, Verrücktheit und psychische Erkrankung« im Unterricht zu behandeln. Medienkoffer werden in Aussicht gestellt und die direkte Begegnung zwischen Schülern und Psychoseerfahrenen angeregt. Anhand einer ausführlichen Informationsmappe mit Materiallisten und Erfahrungsberichten können Lehrer ein für ihr eigenes Fach passendes und auf das Alter der Schüler abgestimmtes Vorgehen wählen. Nach ihren Wünschen wird der Medienkoffer zusammengestellt, mit ihm gemeinsam Art und Zeitpunkt der Begegnung gewählt. Der Umfang der Unterrichtseinheit schwankt zwischen einer einmaligen trialogischen Veranstaltung, die alle Perspektiven zusammenführt, und Unterrichtseinheiten über ein ganzes Halbjahr. Im Unterschied zur ersten Kampagne in Österreich, wo ein separates Angebot weitgehend gleich und unabhängig vom Lehrer ablief, wird in Hamburg versucht, die Lehrer

an der Planung zu beteiligen. Im Idealfall sind die gewählten Unterrichtsmaterialien und die konkrete Begegnung mit Psychoseerfahrenen genau aufeinander abgestimmt.

- Für die Unterstufe kann das bedeuten, dass nach dem Lesen des Kinderbuchs »Die Bettelkönigin« (Stratenwerth, Bock 2001) einer fiktiven und spannenden Kindererzählung rund um die wahre Geschichte einer Hamburger Underground-Künstlerin, die nach einem Kriegsereignis als Kind begann, Stimmen zu hören, die konkrete Begegnung mit ihr selbst stattfindet. Alternativ wurde auch das Buch »Jakob hinter der blauen Tür« von Peter Härtling (1998) empfohlen, in dem ein Junge nach dem Tod des Vaters selbst die Realität verändert wahrnimmt.
- Auch in der Mittelstufe gibt es die Möglichkeit, die Hauptperson eines Jugendbuches »Pias lebt gefährlich« (Bock, Kemme 2002), ein Bundeswehroffizier, der in einer Lebenskrise psychotisch wurde und seitdem extrem anders als vorher lebt. Eine andere Unterrichtseinheit für dieses Alter baut auf Erfahrungsberichten von Jugendlichen auf, die selbst in der Psychiatrie waren. Ergänzt um geeignete Spielfilme wie »Benny und Joon« wird so die Vorurteilsbildung selbst zum Thema. Gleichzeitig soll auch Raum bleiben, danach zu fragen, was eigene Lebensziele sind, welche Ressourcen und potenziellen Krisen gesehen werden.
- In der Oberstufe gibt es vielfache Anknüpfungspunkte, zum einen über profilierte psychoseerfahrene Vertreter nahezu aller Unterrichtsfächer, über die Text und Videomaterial zur Verfügung stehen. Es gibt die Möglichkeit, historische Bezüge herzustellen, z. B. den Lebensbericht von Dorothea Buck (»Auf der Spur zum Morgenstern« unter dem Pseudonym Sophie Zerchin) mit einem aktuellen Filmbericht über die Ehrenvorsitzende des Psychiatrieerfahrenen-Verbandes und profilierte Psychiatriekritikerin zu kombinieren. Vor allem aber hat sich bewährt, die Auseinandersetzung mit psychologischen und psychiatrischen Theorien in jedem Fall münden zu lassen in die Begegnung mit einem jungen Psychoseerfahrenen, der noch dieselbe Sprache spricht und in seinen Lebenserfahrungen unmittelbar anschlussfähig ist.

Inzwischen liegen vielfältige Erfahrungsberichte aus über 80 verschiedenen Projekten vor. Anfangs ging es ausschließlich um Menschen mit Psychoseerfahrung, inzwischen wurden auch Themen wie Selbstverletzung, Essstörung und drogeninduzierte Psychosen thematisiert. Eine vorsichtige Ausweitung der Thematik ist erwünscht. Doch ist zu beachten, dass in Großstädten wie Hamburg Suchtprävention oder auch Gewaltprävention schon einen großen

Informationsvorsprung haben, weil sie an Schulen schon sehr viel professioneller vertreten sind. Die Lücke, die es zu schließen gilt, ist die Auseinandersetzung mit dem unerklärlichen Anderssein, der unerwarteten psychischen Erkrankung, der besonderen Dünnhäutigkeit mancher Menschen und der damit verbundenen Möglichkeit, in Lebenskrisen den Boden der Realität unter den Füßen zu verlieren. Zugleich geht es auch darum, das Leben selbst zum Thema zu machen, sich mit eigenen Lebenszielen, zu erwartenden Krisen und zu Verfügung stehenden Ressourcen auseinander zu setzen.

Bisher waren folgende Fachlehrer beteiligt, oft im Sinne eines fächerübergreifenden Unterrichts: Deutsch, Biologie, Geschichte, Kunst, Religion, Philosophie, Psychologie, allgemein Klassenlehrer. Die Projekte an Schulen teilen sich zu ungefähr gleichen Dritteln auf Unter-, Mittel- und Oberstufe auf; bei den Projekten innerhalb der Psychiatrischen Klinik (Tag der offenen Tür) waren Schüler und Schülerinnen der Unterstufe verständlicherweise kaum vertreten. Insgesamt wurden etwa 2000 Schülerinnen und Schüler erreicht, davon ca. 800 in Projekten innerhalb der Klinik.

Deutlich wurde, dass diese Art Öffentlichkeitsarbeit für die Psychoseerfahrenen selbst, die als Referenten zumindest symbolisch bezahlt werden, einen erstaunlichen Empowermentprozess in Gang setzt. Auf der Seite der Schüler überraschte, auf welchem hohem Niveau von Offenheit und Toleranz diskutiert wird: Für jüngere Kinder sind ungewöhnliche Wahrnehmungen noch relativ selbstverständlich, die Begegnung mit ungewöhnlichen Menschen fällt auf fruchtbaren Boden. Vor allem in höheren Altersstufen geht es immer wieder auch um den Blick auf sich selbst, um eigene Krisenanfälligkeit, um das eigene Bild vom Menschen und um Toleranz im Klassenverband. Aufklärung und Information zum Thema »Anderssein, Verrücktheit, psychische Erkrankung« hat also nicht nur gesundheitspolitische, sondern auch bildungspolitische Bedeutung. Gerade zu »Pisa-Zeiten«, gerade in einer Situation immer höheren Leistungsdrucks und zu erwartender Schulzeitverkürzung geht es auch darum, Schüler auf das Leben vorzubereiten, eigene Lebensentwürfe und mögliche Krisen zu diskutieren.

Die Begegnung mit psychoseerfahrenen Menschen baut Angst ab, wirkt Vorurteilen entgegen und hilft, bestimmte kulturelle und medienwirksame Normen nicht einfach als selbstverständlich und unhinterfragbar hinzunehmen. Insofern kann Antistigma-Arbeit nicht nur Angst abbauen, sondern auch Druck reduzieren. Toleranz gegenüber anderen stärkt auch die Großzügigkeit und Sensibilität im Umgang mit sich selbst und wirkt somit präventiv. Eine solche Arbeit in Schulen hat *nicht* das Ziel, Früherkennung zu betreiben. Es geht nicht um Stigmatisierung, sondern um Entstigmatisierung. Eher

nebenbei und indirekt und damit aus unserer bisherigen Erfahrung umso erfolgreicher, wird auch die Angst gegenüber der Psychiatrie reduziert, wird so auch erleichtert, im Ernstfall Hilfe selbst frühzeitiger in Anspruch zu nehmen. Entsprechende Möglichkeiten werden aufgezeigt und Adressen genannt. Dabei scheint entscheidend, dass Aufklärung und Information sowie die Begegnung mit Psychoseerfahrenen im Vordergrund stehen. Die Schule wird in ihrer ureigenen Identität als Schule und nicht als Ort der Frühintervention, die Lehrer als Lehrer und nicht als Hobbypsychologen in Anspruch genommen. Eine solche offene Arbeit und offene Diskussion wirkt vertrauensbildend. Eine direkte, also offensive »Werbung« für psychiatrische Leistungen hingegen liefe aus unserer Sicht Gefahr, auf individueller und institutioneller Ebene eher Abwehr zu erzeugen. Insofern ist zu überlegen, ob die hier vorgestellte dialogische Konzeption von Antistigma-Arbeit nicht eine gute Alternative zu eher symptomorientierten Maßnahmen der Früherkennung sein kann – zumindest aber eine notwendige Ergänzung.

Ergebnisse

Teilnehmende Beobachtung, eine systematische qualitative Auswertung der Unterrichtseinheiten sowie zahlreiche Befragungen von Schülern, Lehrern und teilnehmenden Akteuren haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Die Schüler haben weniger Abwehr und Vorurteile als erwartet. Vor allem junge Schüler begegnen außergewöhnlichen Erlebnissen und Menschen (noch) mit großer Offenheit.
2. Der besondere Reiz aller Unterrichtseinheiten liegt in der Begegnung; das Material dient deren Vor- und Nachbearbeitung. Je geschickter Material und Begegnung verknüpft werden, desto besser gelingt das Projekt. Auch kurze Unterrichtseinheiten haben eine nachhaltige Wirkung, wenn die Begegnung und der Dialog/Trialog im Vordergrund steht.
3. Die »Medienkoffer« sind nicht einheitlich, sondern abhängig von der zur Verfügung stehenden Zeit, dem Alter der Schüler, dem fachlichen Bezug bzw. den Prioritäten und Wünschen des Lehrers flexibel zusammenzustellen.
4. Unterrichtseinheiten können aber auch ein halbes Jahr umfassen und fächerübergreifend sein (z.B. Deutsch/Geschichte, Biologie/Philosophie/Ethik, Psychologie/Kunst). Die Lehrer werden bei der Unterrichtsgestaltung beraten; sie behalten die Verantwortung für die Gestaltung des Unterrichts. So geschieht der Einsatz der Initiative ökonomisch sparsam und nicht in Konkurrenz zum Lehrer.

5. Zum Thema gehört (ab Mittelstufe) auch die Beschäftigung mit eigenen Lebenszielen, möglichen Konflikten und wichtigen Ressourcen. So gesehen fördert die Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten auch das eigene Selbst-Bewusstsein. Aufgabe der Schule ist nicht nur, Wissen zu vermehren, sondern auch auf das Leben vorzubereiten.
6. Eigene Aktivitäten der Schüler und Schülerinnen steigern den Lerneffekt: z.B. Gegenbesuch in einer Ambulanz, Gastgeschenk für den Besuch, Geschichten zu Ende schreiben (z.B. »Pias«), Bilder malen (gemeinsam mit der »Bettelkönigin« Frau Wohlgemuth), zusätzliche Interviews als Hausaufgabe in der Oberstufe, Beschäftigung in Arbeitsgruppen mit dem Leben berühmter psychoseerfahrener Künstler/Wissenschaftler/Politiker).
7. Der Besuch wirkt für die Psychoseerfahrenen selbst eindeutig im Sinne eines Empowerment (»Es war für mich wie eine zweite Therapie«). Sie übernehmen die Funktion eines krisenerfahrenen »Lebenslehrers«. Eine symbolische Bezahlung stärkt den Status des Referenten.
8. Wichtige Ziele des Projekts sind Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Großzügigkeit und Sensibilität im Umgang mit sich selbst. Beide Ziele bedingen und fördern sich gegenseitig, beide sind wesentliche Voraussetzungen seelischer Gesundheit.
9. Es geht zunächst bewusst nicht um die Sorgen und Konflikte einzelner Schüler oder Schülerinnen (z.B. Kinder von psychisch erkrankten Eltern), sondern darum, die ganze Klasse an das Thema heranzuführen. Es geht nicht um eine psychologische, sondern pädagogische Bearbeitung des Themas. Die Entlastung besonders betroffener Schüler und Schülerinnen ist so eher größer.
10. Durch die direkte und persönliche Begegnung mit psychisch erkrankten und mit psychiatrisch tätigen Menschen wird die Schwelle gesenkt, bei Bedarf auch für sich selbst Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dieser Weg erscheint langfristig erfolgversprechender als eine Direktive symptomfixierte Früherkennung.

Perspektive

Die Stärke des Projekts »Irre menschlich« liegt in seiner trialogischen Zusammensetzung und in der gleichberechtigten Kooperation mit der Universität. So verbinden sich Authentizität und Überzeugungskraft – diese Erfahrung machen wir nicht nur bei der konkreten Arbeit in den Schulen und Betrieben, sondern auch gegenüber den Medien. Davon zeugt die große Resonanz des Projekts in den Medien (mehrere große Zeitungsartikel, u.a.

ausführliche Porträts von psychoseerfahrene Menschen, ein über längere Zeit gesendeter Hörfunkspot, mehrere kurze Fernsehberichte in NDR 3 und ZDF). Mehrere der insgesamt über 130 Psychoseseminare stehen in den Startlöchern, ähnliche Initiativen zu starten. »Irre menschlich Hamburg« berät und unterstützt Initiativgruppen in ganz Deutschland mit Konzepten, Materialien, Erfahrungen – ähnlich wie »Irre menschlich Leipzig«; wünschenswert wäre hier eine noch bessere Absprache und Kooperation und gemeinsam eine bessere materielle Ausstattung beider Geschwister-Projekte. Gerne stellen wir unsere Erfahrungen, Konzepte, Materialien und unser Logo zur Verfügung. Wir haben die Hoffnung, dass sich eine ähnliche Bewegung entwickelt wie vor über zehn Jahren bei den Psychoseseminaren. »Irre menschlich Hamburg« ist inzwischen als gemeinnütziger Verein anerkannt. Die Nachfrage ist riesig. Nicht nur Schulen, sondern auch Personalbüros großer Hamburger Betriebe haben Interesse an unserem Angebot signalisiert. Erste Pilotprojekte in dieser Richtung stießen auf gute Resonanz. Auch hier liegt die große Chance darin, dass die trialogische Informations- und Aufklärungsarbeit nicht an Konfliktfällen anknüpft, sondern unabhängig davon den Wissensstand von Entscheidungsträgern verbessern und üblichen Vorurteilen entgegenwirken will.

Wir müssen unsere Arbeit vorsichtig professionalisieren, um der wachsenden Nachfrage Herr zu werden, möglichst ohne den Charme eines Basisprojekts einzubüßen. Außerdem wollen wir unsere Erfahrungen auswerten. Deshalb sind wir auf der Suche nach Sponsoren und Fördermitgliedern.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare (2001) »Es ist normal, verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen«. Erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen, Psychiatrie-Profis und Wissenschaftlern; bekannt als »Blaue Broschüre«. Bezug beim Autor oder beim Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, Thomas-Mann-Str.49 a, 53111 Bonn, Tel. 0228 632646.

Bock Th, Buck D, Esterer I (2000) »Es ist normal verschieden zu sein – Psychoseseminare, Hilfen zum Dialog«. In: Arbeitshilfe 10, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl..

Bock Th (2000) »Gemeinsam gegen Vorurteile – zur Auseinandersetzung um eine Antistigma-Kampagne«. Soziale Psychiatrie; 24, 4: 16 ff.

Bock Th, Kemme G (2000) »Pias lebt ... gefährlich« (Jugendbuch), Psychiatrie-Verlag – Edition Balance, Bonn.

Bock Th, Deranders JE, Esterer I (1992) Stimmenreich, Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Bock Th, Deranders JE, Esterer I (1994) Im Strom der Ideen, Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Buck D (2002) »Lasst euch nicht entmutigen«, Verlag Anne Fischer, Norderstedt, Leipziger Universitätsverlag.
Finzen A (2001) Psychose und Stigma – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
Härtling P (1990) Jakob hinter der blauen Tür (Kinderbuch), Beltz-Verlag, Weinheim.
Roessler W et al. (1999) Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Acta psychiatr. Scand., 100: 142–148.
Stratenwerth I, Bock Th (2001) »Die Bettelkönigin« (Kinderbuch), Kore-Verlag/Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2. Aufl.

Kontakt: »Irre menschlich Hamburg« c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel. 040 42803-9259, Fax. -5455, E-Mail: info@irremenschlich.de, Spendenkonto: Irre menschlich Hamburg, Nr. 1208-115 145, Hamburger Sparkasse (BLZ 200 505 50)

Gegen die Bilder im Kopf!: Ansichten verrücken – Brücken bauen
Der Leipziger Verein Irrsinnig Menschlich engagiert sich für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie

Manuela Richter-Werling

Irrsinnig Menschlich e. V. ist der *erste* Verein in Deutschland, der sich für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie engagiert. Das Ziel des im Frühjahr 2000 gegründeten Vereins ist es, einen aufgeklärten und offenen Umgang mit dem Thema seelische Erkrankungen zu fördern. Wir verstehen uns als Ansprechpartner für alle Menschen, die mehr über psychische Gesundheit, psychische Krankheit und ihre Behandlungsmöglichkeiten erfahren möchten. Dabei nutzt der Verein die unterschiedlichen Perspektiven seiner Mitglieder: Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer, Journalisten, Politiker, Künstler und engagierte Bürger machen sich mit ihren individuellen Erfahrungen und Möglichkeiten für die gemeinsame Sache stark. Zu den Mitgliedern von Irrsinnig Menschlich e. V. gehören u. a. die Bundestagsabgeordnete Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, die Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke e. V. und langjährige gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, Regina Schmidt-Zadel, der Filmemacher Norbert Göller und die Vorsitzende des Angehörigenverbandes psychisch erkrankter Menschen Sachsen, Monika Schöpe. Zuallererst jedoch basiert die Arbeit des Irrsinnig Menschlich e. V. auf der Aktivität derjenigen, die von Stigmatisierung am meisten betroffen sind: Menschen mit psychischen Krankheiten und deren Angehörige. Sie sind am stärksten motiviert, etwas gegen Stigma und Ausgrenzung zu tun. Durch unsere Zusammenarbeit mit den »Experten in eigener Sache« lernen wir, was es bedeutet psychisch krank zu sein und wie psychische Krankheit überwunden werden kann. Das öffnet vielen Menschen die Augen und im besten Falle auch die Herzen!

Eines der wichtigsten Anliegen von Irrsinnig Menschlich e. V. ist es, mitmenschliche Begegnungen zu fördern, um so das vermeintlich Unbegreifbare verständlicher zu machen, Vorurteile und Ängste abzubauen. Psychische Erkrankung kann schließlich jeden mittelbar oder unmittelbar treffen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) prognostiziert sogar, dass sich psychische Erkrankungen zur »Krise des 21. Jahrhunderts« entwickeln.

Stigma, Diskriminierung und Ausgrenzung sind nach wie vor die größten Hindernisse, mit denen Menschen zu kämpfen haben, die psychisch krank waren oder sind und die Menschen davon abhalten, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben. Eine von Prof. Matthias C. Angermeyer kürzlich durchgeführte repräsentative Erhebung bei der deutschen Erwachsenenbevölkerung belegt es: Psychisch kranke Menschen, besonders diejenigen,

die an Schizophrenie leiden, werden nach wie vor für inkompetent, unberechenbar und gefährlich gehalten. Innerhalb der letzten zehn Jahre hat die ablehnende Haltung der Bevölkerung sogar noch zugenommen. Fragt man betroffene Menschen selbst, so berichten sie von vielfältigen Formen der Diskriminierung. Und das ist nicht nur in Deutschland so, sondern weltweit. Viele Menschen meinen, psychisch kranke Menschen seien selbst schuld an ihrer Erkrankung. Die Konsequenz daraus ist der Irrglaube, dass wer selbst schuld an seiner Lage sei, keine Unterstützung benötige.

Diese negativen Vorstellungen, die kaum etwas mit der Realität zu tun haben, sind folgenschwer für die betroffenen Menschen, und auch für die Gesellschaft. Wer seelisch krank wird, verliert zwei lebenswichtige Fähigkeiten: Er wird nicht mehr als Mensch angenommen, ist für die Gesellschaft nicht mehr von Nutzen und wird ausgegrenzt.

Wer seelisch krank ist, leidet an einer von der Gesellschaft als minderwertig angesehenen Krankheit. Für Minderwertiges gibt die Gesellschaft wenig Geld aus, Minderwertiges wird sie kaum unterstützen.

Die Spirale der Benachteiligung zu durchbrechen, die auf Grund des Stigmas entsteht, gelingt nur im Tetralog: Betroffene, Angehörige, Professionelle und die Öffentlichkeit. Wenn die Öffentlichkeit nicht bereit ist, Menschen mit psychischen Erkrankungen gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben zu lassen, wird die Spirale der Benachteiligung kaum durchbrochen werden können.

Deshalb versteht sich Irrsinnig Menschlich e. V. als Brückenbauer zwischen Psychiatrie und Öffentlichkeit. Dafür haben wir verschiedene Bausteine entwickelt: Für psychisch kranke Menschen eine Medienwerkstatt, denn sie können am besten »Gegen die Bilder im Kopf« arbeiten; für Politiker den Mut Preis für außerordentliches Engagement für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und für Jugendliche und Lehrer das Schulprojekt »Verrückt? Na und!: Stark, wenn sich einer traut, über seelische Probleme zu reden!«

Seelische Gesundheit: Ein Thema für die Schule

Seelische Gesundheit/Krankheit ist bislang kein Schulstoff. Genau dort setzt das Schulprojekt »Verrückt? Na und!« an. Zum einen sind Jugendliche neugierig und offen, sich mit der Komplexität des menschlichen Lebens auseinander zu setzen. Ist doch gerade für sie die Frage nach dem Sinn des Lebens und nach dem eigenen Selbst bedeutsam. Zum anderen lassen sich Klischees, Vorurteile und Wissenslücken am besten ausräumen, wenn sie noch nicht so

verfestigt sind wie bei Erwachsenen. Hinzu kommt ein dritter Faktor: Nicht wenige Jugendliche haben schon selbst psychische Krisen erlebt. Das Schulprojekt sensibilisiert Jugendliche für seelische Gesundheit, leistet einen Beitrag zur Prävention und wirbt für Offenheit, Verständnis und Toleranz in zwischenmenschlichen Beziehungen.

»Verrückt? Na und!« macht Mut ...

- über eigene Probleme nachzudenken;
- Vorurteile und Vorbehalte wahrzunehmen, zu überprüfen und besser zu verstehen;
- mehr über psychische Gesundheit zu erfahren;
- Medien kritisch zu hinterfragen;
- Offenheit, Verständnis und Fairness in zwischenmenschlichen Beziehungen zu üben.

»Verrückt? Na und!« stützt sich auf Ergebnisse der Stigmaforschung: Persönliche Begegnung mit psychisch kranken Menschen führt zum Abbau von Stereotypen, Ängsten und Distanz. Erfahrungen aus Österreich bestätigen das. Als dort Ärzte und Psychologen im Unterricht über psychische Krankheiten informierten, verstärkten sich die Ängste der Schüler. Lernten die Schüler jedoch Menschen kennen, die psychische Krankheit erlebt hatten, geschah das Gegenteil. Die Begegnung mit Experten in eigener Sache veränderte die Einstellungen von Schülern signifikant. Das erleben wir auch in unserem Projekt, das von einem Team bestehend aus einem Moderator/Brückenbauer und einem Experten in eigener Sache getragen wird. Es beginnt mit ganz einfachen Wahrnehmungen wie: Der Experte in eigener Sache ist ein Mensch wie du und ich, er sieht gut aus, er kann gut erzählen, er lacht! Viele Schüler sind tief beeindruckt vom Lebensmut der Betroffenen und davon, wie sie mit ihren Krisen umgehen und aus vermeintlichen Schwächen Stärke beziehen. Gleichzeitig ermöglicht das Schulprojekt den Betroffenen, an Selbstbewusstsein zu gewinnen und wieder nützlich zu sein. Sie erleben, dass sie von den Jugendlichen offen aufgenommen werden und als Experten in eigener Sache wichtige Inhalte vermitteln. »Mit den Schülern zu reden ist anstrengend für mich, aber auch toll. Ich merke, dass ich akzeptiert und gebraucht werde. Das alles hatte ich ja durch meine Krankheit verloren«, sagt Sven Ramos, einer der Mitarbeiter im Schulprojektteam.

Klassenweise gegen Klischees: Das Schulprojekt konkret

»Verrückt? Na und!« richtet sich an 15- bis 20-jährige Jugendliche. Es kann an einem oder auch mehreren Tagen durchgeführt werden, zum Beispiel während einer Projektwoche. Die Projekttage finden an den jeweiligen Schulen bzw. psychiatrischen Einrichtungen statt. Im Mittelpunkt steht die Begegnung mit Menschen, die psychische Krankheit erlebt haben. Zum Projektteam gehören ein Moderator und ein Experte in eigener Sache.

Das Grundkonzept des Projekts ist einfach: Die Schüler werden im *ersten Schritt* für die Thematik sensibilisiert: Sie diskutieren, wer oder was für sie ver-rückt ist, welche Vorstellungen sie von psychisch kranken Menschen und Psychiatrie haben und woher diese stammen. Sie lernen ihre Einstellungen kennen und hinterfragen, ob ihre Informationsquellen glaubwürdig sind und ob sie Wissenslücken haben. Sie überlegen, warum die Menschen mit körperlichern Erkrankungen viel offener umgehen als mit psychischen und welchen Zusammenhang es zwischen Körper und Seele gibt. Dabei gewinnen die Schüler erste Grundkenntnisse über psychische Gesundheit/Krankheit.

In einem *zweiten Schritt* (Gruppenarbeit) setzen sie sich mit ihrem Selbstbild und ihren Vorstellungen vom Leben auseinander. Wer bin ich? Was wünsche ich mir für mein Leben? Welche Belastungen können Menschen aus der Bahn werfen, ihre Seelen aus dem Gleichgewicht bringen? Was ist die menschliche Seele? Die Schüler erfahren, dass die Grenzen zwischen Glück und Krisen oft fließend sind, dass beides zum Leben gehört und dass seelische Gesundheit/Krankheit ein Thema ist, was unmittelbar mit ihrem Leben zu tun hat.

Nach dieser Vorbereitung kommt es im *dritten Schritt* zur Begegnung der Schüler mit Menschen, die psychische Krankheit durchgemacht haben. Im Gespräch mit den Experten in eigener Sache können die Schüler ihre Ein- und Vorstellungen überprüfen und versuchen zu begreifen, wie sich eine psychische Erkrankung auswirkt. Wie sehen die Symptome aus, wie fühlt, denkt, lebt jemand, der beispielsweise an Schizophrenie erkrankt ist? Welche Probleme und Wünsche hat er? Was geschieht in der Psychiatrie? Die Schüler lernen, dass Menschen mit psychischen Krankheiten in vielen Dingen genauso sind, wie sie selbst und dass sie in ihrer vorübergehenden Andersartigkeit akzeptiert werden möchten. Vertiefen lässt sich diese Begegnung in einem weiteren Schritt durch den Besuch einer psychiatrischen Einrichtung. Das im Projekt neu Erfahrene wird von den Jugendlichen in geeigneter Form (Schülerzeitung, Poster usw.) der Schulöffentlichkeit präsentiert.

»Verrückt? Na und!«: Einfache Mittel – große Wirkung

Von 2001 bis Anfang 2004 haben über 1400 Schüler von 50 Schulen in Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Bayern, Berlin und Nordrhein-Westfalen am Schulprojekt teilgenommen. In mehreren Bundesländern entstehen Teams aus Experten in eigener Sache und Moderatoren, die das Schulprojekt »Verrückt? Na und!« nach dem Modell von Irrsinnig Menschlich e. V. durchführen wollen. In Brandenburg fördert das Bildungsministerium die Einführung des Schulprojekts im Land. Irrsinnig Menschlich e. V. bietet seit 2002 Workshops für Menschen an, die das Projekt in ihrer Region durchführen wollen, damit noch mehr Jugendliche teilhaben können.

Dass das Konzept des Projekts aufgeht, zeigen neben der starken bundesweiten und internationalen Nachfrage auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung, an der insgesamt 140 Schüler teilnahmen. Mithilfe einer Fall-Kontroll-Studie konnte belegt werden, dass »Verrückt? Na und!« tatsächlich Vorurteile abbauen und Einstellungen verbessern kann. Dies hätte bei Integration des Themas in den Lehrplan der Schulen u.a. auch einen präventiven Effekt: Denn das Stigma, mit dem alles, was mit Psychiatrie zu tun hat, belegt ist, ist nach wie vor eine Ursache dafür, warum bei einer psychischen Erkrankung fachliche Hilfe nicht oder zu spät aufgesucht wird. Aus diesen Gründen soll das Schulprojekt in ganz Deutschland angeboten werden. Dafür hat Irrsinnig Menschlich e. V. ein Manual für die Projektteams entwickelt. Geplant sind ein Begleitmaterial für Jugendliche und ein international einsetzbares Video, welches das Thema »Seelische Gesundheit/Krankheit« für Jugendliche offen und unverkrampft kommuniziert.

2005 wird das Schulprojekt »Verrückt? Na und!« als nunmehr zweites Kooperationsprojekt zwischen Irrsinnig Menschlich e. V. und der slowakischen Antistigma-Initiative »Öffnet die Türen, öffnet eure Herzen« auch in der Slowakei gestartet – zunächst in Michalovce und Bratislava.

Das Schulprojekt von Irrsinnig Menschlich e. V. wird ausschließlich durch Spenden finanziert. Um seine Ziele zu verwirklichen, benötigt der Verein Menschen, die ihn unterstützen durch ihren persönlichen Einsatz, finanzielle Hilfe oder durch Informationen und die Vermittlung von Kontakten – damit noch mehr Jugendliche am Schulprojekt »Verrückt? Na und!« des Irrsinnig Menschlich e. V. teilhaben können.

Kontakt: Irrsinnig Menschlich e.V., Johannisallee 20, 04317 Leipzig, Tel. 0341 222 8990, Fax: 0341 222 8992, E-Mail: info@irrsinnig-menschlich.de, Internet: www.irrsinnig-menschlich.de

Aufbau eines Netzwerkes »Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit« in Bremen

Peter Kruckenberg

Vor fünf Jahren, als einige Freunde und ich ein »Netzwerk Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit« in Bremen auf den Weg bringen wollten, warnten mich meine erwachsenen Kinder: Den Begriff »seelische Gesundheit« würde man in der Allgemeinbevölkerung nie positiv besetzen können. Die meisten Menschen würden ihn mit psychisch krank sein in Verbindung bringen und sich selbst davon nicht angesprochen fühlen. Es scheint in der Tat so zu sein, dass die Angst vor der Entwertung und Ausgrenzung als »Verrückter« zur Verdrängung und Abspaltung eigener Schwierigkeiten im Umgang mit sich selbst und anderen führt.

Unsere individuellen »Verrücktheiten« entstehen natürlich in einem sozialen Zusammenhang und konstellieren Beziehungsstörungen »bis ins dritte und vierte Glied«, die nur in einer inneren individuellen oder gemeinschaftlichen Auseinandersetzung aufgearbeitet werden können, vorausgesetzt, man ist bereit, in den Spiegel zu schauen.

Die gesellschaftlichen Verhältnisse, kleinräumig oder großräumig, sind Ausdruck der seelischen Gesundheit oder Störung früherer Generationen bis heute, Ergebnis gelungener oder misslungener Reifungsprozesse. Die aktuelle weltpolitische Situation ist geprägt durch offensichtlich unreife Mechanismen der Konfliktbewältigung. Die zutiefst suchtartigen Züge der Konsumgesellschaft stehen im wechselseitigen Zusammenhang mit der lotterieähnlichen Organisation der internationalen Finanzmärkte und mit der neoliberalen Aufhebung der Sozialbindung von Vermögenswerten.

Es kann durchaus infrage gestellt werden, ob diejenigen, die aufgrund seelischer Störungen ihre Angelegenheiten nicht mehr bewältigen können und fachliche Hilfe brauchen, ob diese Menschen weniger gesund oder stärker gestört sind als andere, die die Rollenerwartungen zwar einigermaßen erfüllen können, aber in ihren Beziehungen verarmt sind oder in Beziehung zu anderen zerstörerisch agieren. Bei Familientherapien habe ich öfter gedacht, dass auf eine bestimmte Weise der Patient (»Indexpatient«) der Gesündeste ist.

Seelische Gesundheit

Seelische Gesundheit kann als Gesamtheit der Lebenskompetenzen verstanden werden mit wechselnder Ausprägung zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlichen Kontexten.

Mir hilft eine Orientierung an dem Modell von Antonowski vom »sense of coherence«, das ich aber durch einige zusätzliche Aspekte erweitern möchte. Nach Antonowski sind und bleiben Menschen eher seelisch gesund, wenn sie ein tiefes Gefühl für Sinnorientierung haben, eine unmittelbare Bejahung von Lebens- und Erlebensmöglichkeiten, für die es sich lohnt zu leben. Vor allem: Dazugehören, lieben und geliebt werden, Neugier und Kreativität, Respekt und Anerkennung, Wohlbefinden, persönlicher Ausdruck, spirituelles Erleben und Geborgenheit.

Als Zweites ist das Gefühl und die Überzeugung wichtig, die für einen selbst bedeutsamen Lebensverhältnisse in ihrem Zusammenhang verstehen und einordnen zu können, d.h. nicht einer undurchschaubaren Willkür oder einem Chaos ausgeliefert zu sein.

Und drittens brauchen Menschen für ihre Gesundheit die Erfahrung und Überzeugung, dass sie selbst wirksam ihre Lebenssituation durch eigenes Denken und Handeln beeinflussen können.

Diese zur »Salutogenese« von Antonowski gehörenden Vorstellungen sind zentrale Aspekte von seelischer Gesundheit. Ich möchte mindestens zwei weitere als unerlässlich hinzufügen: Viertens setzt seelische Gesundheit die mehr oder weniger ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion voraus, als Grundlage für ein »Selbstsein« und sich in der eigenen Identität erkennen.

Und fünftens: Seelische Gesundheit verwirklicht sich immer im Lebenszusammenhang und in Gemeinschaften, Familien, Partnerschaften, Freundeskreisen, aber auch in größeren gesellschaftlichen Zusammenhängen. Mit anderen Worten: Seelische Gesundheit ist, wie Gesundheit überhaupt, nur zum Teil etwas, was man »besitzt«; Gesundheit zeigt sich und entwickelt sich im unmittelbaren Lebensvollzug.

Wenn man nun davon ausgeht, dass die gegenwärtige gesellschaftliche Situation von einer zunehmenden Individualisierung bestimmt ist, in der Gemeinschaften auf allen Ebenen lockerer und unsicherer werden, in der das Gefühl, die komplexen gesellschaftlichen Verhältnisse noch zu durchschauen, abnimmt und unter Belastungen verstärkt auf Vorurteilsbildungen zurückgegriffen wird; wenn die Möglichkeiten, die Lebensverhältnisse insbesondere die übergeordneten wirtschaftlichen und politischen, selbst zu

beeinflussen immer geringer erscheinen, und wenn gleichzeitig für einen selbst und im eigenen Umkreis eine verinnerlichte Sinnorientierung immer weniger gegeben ist und suchtartig durch unmittelbare Befriedigungserlebnisse ersetzt wird; wenn die Selbstreflexion, weil ängstigend, eher vermieden wird und Gemeinschaften immer unverbindlicher werden, dann führen einerseits die Lebensverhältnisse zu zunehmenden seelischen Störungen und nimmt andererseits die Fähigkeit ab, die gesellschaftlichen Verhältnisse »von unten«, d.h. vom Willen der Einzelnen her zu gestalten.

Diese Bedrohung ist gleichzeitig Herausforderung. Es kommt darauf an, in größeren oder kleineren Gemeinschaften Zukunft sinnorientiert aktiv zu gestalten und dabei die eigenen Lebenskompetenzen, d.h. die eigene seelische Gesundheit und möglichst auch die von anderen zu entwickeln.

Wenn man sich umschaut, gibt es solche Initiativen überall im unmittelbaren privaten Umfeld, aber auch in gemeinschaftlichen Initiativen in den verschiedensten Lebensbereichen.

Das waren in etwa die Überlegungen der Gründer des Netzwerkes im Jahr 1999: Frau Prof. Dr. Keil, Sozialpädagogin und Dekanin des Fachbereichs für Human- und Gesundheitswissenschaften, Herr Dr. Hafner, Kulturreferent des Bremer Bürgermeisters und ich selbst, damals Ärztlicher Direktor eines Großkrankenhauses.

Konzept und Ziele des Netzwerks

Ich zitiere aus dem Konzept von 1999: »*Das Netzwerk seelische Gesundheit Bremen* will Personen, die schon jetzt in Initiativen zur Zukunftsgestaltung und Verbesserung seelischer Gesundheit aktiv sind, zusammenführen, um die Stadtgesellschaft mit diesem Thema in besonderer Weise zu konfrontieren, um neue Diskussionen und Gespräche über die Grundbefindlichkeiten des menschlichen Lebens, über die existenziellen Fragen über Werte und Orientierungen in Gang zu setzen.

Das Netzwerk will alle Bürgerinnen und Bürger einladen, gemeinsam über die eigenen und fremden Lebensverhältnisse nachzudenken, mit dem Ziel, neue Möglichkeiten des Verstehens, des Verhaltens und Handelns gemeinsam mit Anderen zu finden. Die Förderung seelischer Gesundheit soll ein orientierunggebendes Entwicklungsziel in allen Bereichen der Zukunftsgestaltung in Bremen werden.«

Und im Kapitel Zukunftsgestaltung in der demokratischen Gesellschaft: »In dem vorliegenden Projekt sollen die gemeinschaftlichen Aktivitäten im Mittelpunkt stehen, die über den familiären und unmittelbar nachbarschaft-

lichen Rahmen hinausgehen und auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse in der Stadtgemeinde Bremen in den Bereichen Arbeit und Bildung, Gesundheit und soziale Integration, Kultur und Wissenschaft, Wirtschaft und Umwelt zielen.«

Wir fragen nach gemeinschaftlichen Gestaltungsinitiativen außerhalb wie innerhalb bestehender Organisationen, die als wesentlichen Teil ihrer Zielsetzung die Entwicklung umfassender persönlicher Kompetenz der Beteiligten, d. h. Verbesserung der seelischen Gesundheit in dem jeweiligen Lebensfeld explizit formuliert haben oder implizit beinhalten.

Es kann dabei beispielsweise gedacht werden an nachhaltige

- Initiativen zur Veränderung von Arbeits- und Organisationsformen in Betrieben mit dem Ziel, für die Arbeitenden ein höheres Maß an Gestaltungsmöglichkeiten, Verantwortung und Arbeitszufriedenheit zu schaffen;
- Bildungsangebote, die in besonderem Maße Kreativität, Entscheidungsfähigkeit, Handlungssicherheit und vor allem Kooperationsfähigkeit fördern sollen;
- Gemeinschaftsinitiativen in Stadtteilen, die den sozialen Zusammenhang, die baulichen und ökologischen Umweltbedingungen verbessern sollen;
- kulturelle Aktivitäten auf der Ebene von Stadtteilen oder der Stadtgemeinde, die über künstlerische Produktivität die Begegnung mit dem Fremden und den Austausch mit anderen entwickeln;
- Aktivitäten zur Förderung der sozialen Integration benachteiligter Menschen mit dem Ziel, dass deren besondere Fähigkeiten für die Gemeinschaft sichtbar und weiterentwickelt werden, z.B. Initiativen für und mit arbeitslosen Menschen, ausländischen Bürgern, alten Menschen, Menschen in Lebenskrisen, gefährdeten oder dissozialen Jugendlichen, Menschen mit Ressourcen an freier Zeit für Gemeinschaftsaktivitäten.

Ohne das Entwicklungsziel seelischer Gesundheit kann Zukunftsgestaltung nicht sinnvoll gedacht werden.

Durch die Bildung eines kommunikativen Netzwerks sollen Ziele wie die folgenden erreicht werden:

- Die Bereitschaft, an einer übergreifenden Idee gesellschaftlichen Wandelns, verbunden mit der Verbesserung seelischer Gesundheit, mitzuwirken;
- die Aufhebung der Vereinzelung der Initiativen und Ermöglichung von Austausch und wechselseitiger Unterstützung;
- die Erleichterung des Zugangs von interessierten Bürgern und Bürgerinnen;

- die Ermöglichung neuer Formen öffentlicher Darstellungen;
- die Verbesserung des Zugangs zu den Medien;
- die Verstärkung des Einflusses auf Entscheidungsträger in privaten Institutionen, in der öffentlichen Verwaltung und in der Politik;
- die Intensivierung der Verbindung zu Wissenschaft und Forschung.

Die Beteiligten und bisherige Aktivitäten

Über einzelne Personen haben sich innerhalb kurzer Zeit eine Reihe von Institutionen am Netzwerk beteiligt. Zurzeit sind dies:

- das Blaumeier Atelier (Kulturinitiative behinderter und nichtbehinderter Menschen)
- Bremer Volkshochschule (Bereich Gesundheit)
- Kulturverein (Haus im Park)
- Krankenhausmuseum
- Sportgarten e. V. (Jugendinitiative mit selbst aufgebauten Sportanlagen, selbst geführt)
- Offener Kanal Bremen
- Stahlwerke Bremen (Gesundheitsförderung im Personalbereich)
- Bürgerhaus Hemelingen
- Bremer Heimstiftung
- Frauen in Arbeit und Wirtschaft
- MigrantInnenrat e. V.
- der Türkische Musikverein e. V.
- die Bremer Tafel e. V. (Ernährungsinitiative für und mit sozial benachteiligten Menschen)
- Netzwerk Psychiatriereform
- Nachtschwärmer e. V. (Selbsthilfeinitiative Psychiatrieerfahrener, Organisation eines Nachtcafés)
- Ge.on-Team gGmbH (Gesundheitsberatung von Großfirmen)
- Zentrum für Public Health der Universität
- Arbeitskreis Tenever (Selbstorganisation eines benachteiligten Stadtteils)
- Gesundheitstreffpunkt West

Die Organisation des Netzwerks erfolgt mittlerweile durch einen Verein, die Teilnahme an den Veranstaltungen und Gruppen ist daran nicht gebunden.

Die Aktivitäten gliedern sich grob in

- regelmäßige Treffen der Mitgliedsgruppen, ca. alle zwei Monate (ein Erfahrungsaustausch, Schwerpunktthemen, Projektplanungen),

- größere Veranstaltungen zu den Schwerpunktthemen an den zentralen Orten,
- Gestaltung und/oder Mitwirkung an Projekten,
- wechselseitige Information und Unterstützung bei Veranstaltungen u.Ä.,
- Informationsaustausch über die Homepage (www.netzwerk-bremen.de),

Projekte die wir im letzten Jahr initiierten oder unterstützten, waren etwa

- die »Nacht der Jugend« – Großveranstaltung im Bremer Rathaus, selbst gestaltet von vielen Jugendgruppen,
- »Stadtplan der Religionen« (Orte und Treffpunkte von religiösen Vereinigungen in Bremen),
- das »Erste Buch« – Viertklässler erarbeiten ein Geschichtenbuch zum Alphabet für Erstklässler (gesponsert durch junge Unternehmer),
- »Bremen alt erleben« – Projekt der Volkshochschule,
- »Ich will dich sehen« – Postkarte mit Aufforderung zur Kontaktaufnahme zu anderen Menschen und Info über Homepage des Netzwerks.

Erfahrungen

Das Netzwerk ist in Bremen durchaus bekannt geworden, hat einen Stammplatz im sonst nicht so leicht zugänglichen Bremer Rathaus für Veranstaltungen und Sitzungen. Es lebt durch einzelne Veranstaltungen und Initiativen, auch durch die Verbindung zum offenen Kanal.

Leider fehlt uns noch eine einigermaßen stabile Infrastruktur, die eine Vergrößerung durch Ansprache weiterer Gruppen und eine systematische Arbeit an Schwerpunkten ermöglichen würde.

Da die Aussichten auf ABM- oder BSHG-Stellen gegen Null gegangen sind, wollen wir unser ehrenamtliches Potenzial verstärken. So oder so gibt es weitere Projekte unter Mitwirkung unterschiedlicher Teilgruppen des Netzwerks:

- »Welten der Gefühle« mit Kulturverein und Volkshochschule (Jahresprojekt).
- »Ausländer lernen spielend deutsch« – ein Theaterprojekt (Projektantrag beim BMBW).
- »Bremen isst gut« – Füreinander kochen. Miteinander essen. (Projektantrag beim BMBW der Volkshochschule)

Vielleicht gibt es ja ähnliche Initiativen in Deutschland, von denen wir lernen könnten.

Stand der Entwicklung und Handlungsbedarf »Betriebliche Prävention bei psychischen Erkrankungen«

Jörg Holke und Ulrich Krüger

Im Bereich der Prävention bei psychischen Erkrankungen ist dem Handlungsfeld »Betriebliche Prävention« ein hoher Stellenwert zuzuordnen:

- Psychosoziale Faktoren spielen bei der Entstehung und beim Verlauf psychischer Erkrankungen eine starke Rolle. Dem Lebensfeld »Arbeit und Beschäftigung« kommt dabei eine wesentliche Bedeutung zu.
- Stigmatisierung, Unwissenheit und Tabuisierung können im betrieblichen Alltag zur Isolierung und Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Problemen führen. Inadäquate Reaktionen auf psychische Probleme können pathologische Verläufe begünstigen oder verstärken.
- Die betrieblichen Anforderungen können sich bei psychischen Krisen verstärkend auswirken.
- Seelische Gesundheit ist für den Einzelnen eng verknüpft mit einem (zufrieden stellenden) Arbeitsplatz bzw. mit der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung. Der Verlust des Arbeitsplatzes im Zusammenhang mit einer psychischen Krise kann krankheitsverstärkend wirken und zu Erwerbsunfähigkeit führen.

Während es im Bereich der betrieblichen Suchtprävention bereits vielfältige positive Erfahrungen gibt, ist die betriebliche Prävention sonstiger psychischer Störungen noch wenig entwickelt. Betriebliche Präventionsarbeit lässt sich in die Schwerpunkte »Aufklärung und Information (Aktivitäten gegen Stigmatisierung)« und »Umgang mit psychischen Erkrankungen« aufteilen.

Aktivitäten gegen Stigmatisierung im Betrieb

Bereits in den Empfehlungen der Sachverständigenkommission von 1975 (Psychiatrieenquete) und dem Bericht der Expertenkommission von 1988 wurde die Bedeutung von Anti-Stigmatisierungsarbeit bzw. -kampagnen betont und sie als wichtiger Bestandteil der Prävention eingeordnet. Es handelt sich hier um Maßnahmen universeller Prävention bzw. der Setting-Prävention.

Anti-Stigmatisierungs-Projekte bezogen auf das betriebliche Umfeld haben sich erst in den letzten Jahren entwickelt. Beispiele hierfür sind die Aufklärungs- und Informationsprojekte der Familienselbsthilfe in Kooperation mit dem BKK-Bundesverband und die Projekte von Irrsinnig Menschlich e.V. in Hamburg. Beide Projekte setzen ihren Schwerpunkt auf Informa-

tionsveranstaltungen, die von Betroffenen – Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen – in Betrieben (vorrangig größeren Unternehmen) durchgeführt werden und hier auf große Resonanz stoßen (siehe Beitrag Julius in diesem Band). In Hamburg werden zudem Manager und Managerinnen aus der Wirtschaft in dem Projekt »Seitenwechsel« durch Praktika in sozialen Betrieben im Umgang mit sozialen Problemlagen sensibilisiert.

Der Ausbau solcher Anti-Stigmatisierungsprojekte in Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe ist zu forcieren. Es sollten aber auch Ideen entwickelt werden, wie auch kleinere Unternehmen eingebunden werden können. So könnten über die IHK bzw. die Handwerkskammern Veranstaltungen jeweils für mehrere kleine Betriebe zusammen angeboten werden.

Die betriebliche Prävention sollte soweit möglich durch die Betriebe selbst finanziert und durch die zukünftige Präventionsstiftung gefördert werden. Zudem sollte weiterhin die Möglichkeit der Krankenkassen-Finanzierung, die in den o.a. Projekten der Familienselbsthilfe zum Tragen kam, nach SGB V § 20 genutzt werden.

Umgang mit psychischen Erkrankungen und deren Folgen im Betrieb

Zahlen in Bezug auf die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen und Berufsbiografien liegen nur sehr begrenzt vor. So ist der Anteil der Frühverrentungen auf Grund einer psychischen Erkrankung deutlich angestiegen (Aktion Psychisch Kranke 2004, S. 271). Eine durch das BMA geförderte Regionalerhebung zur beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker ergab, dass nur zehn Prozent der psychisch Kranken in Rehabilitations-, Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen im allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind (Aktion Psychisch Kranke 2004). Es ist davon auszugehen, dass ein Teil der übrigen 90 % vorher auch in Betrieben tätig war und es zu einem Verlust des Arbeitsplatzes gekommen ist. Der Weg zurück in den Betrieb ist oft ein langer, schwieriger Prozess.

Oberstes Ziel für die Betroffenen im Betrieb muss somit der Erhalt des Arbeitsplatzes und die Überwindung der Erkrankung sein. Aus Sicht der Betriebe liegt die Zielsetzung in der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und je nach der Grundhaltung im Personalmanagement in der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit.

Die Handlungsbereiche in der betrieblichen Prävention bei psychischen Erkrankungen lassen sich in drei Bereiche bzw. Phasen aufteilen:

- *Bereich/Phase 1*: Beachtung von Frühwarnzeichen (längere Arbeitsunfähigkeit, Leistungsminderung, Gespräche nach SGB IX § 84 Prävention).

- *Bereich/Phase 2:* Umgang mit der akuten Erkrankung (Hinweise auf Hilfsangebote, Zusammenarbeit mit außerbetrieblichen Diensten).
- *Bereich/Phase 3:* Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung (Hamburger Modell der Stufenweise Wiedereingliederung, Arbeitsassistenz, Arbeitsplatzgestaltung etc.).

Die mit diesen Bereichen verknüpften Aufgaben sind im Zusammenspiel von innerbetrieblichen und außerbetrieblichen Funktionen bzw. Diensten zu bewältigen.

Aufgaben des Betriebes

Für den betrieblichen Bereich liegt die Zuständigkeit in den Großbetrieben und Behörden bei folgenden Diensten bzw. Funktionen: Werks-, Betriebs- bzw. Amtsärzte, die Sozialberatung, Führungskräfte und Personalabteilung, die Betriebs- bzw. Personalräte und die Schwerbehindertenvertretung. In kleineren und mittleren Betrieben sind diese Bereiche nur zum Teil vorhanden, sodass hier je nach Betrieb individuelle Lösungen mit vorhandenen Möglichkeiten gesucht werden müssen.

Der betriebliche Auftrag begründet sich sozial- bzw. arbeitsrechtlich in der Fürsorgepflicht und den Pflichten im Zusammenhang mit dem SGB IX. Im SGB IX sind verankert die Verpflichtungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement nach mehr als sechs Wochen Erkrankung (§ 84), die Pflicht zur Beschäftigung Schwerbehinderter und zum Abschluss von Integrationsvereinbarungen (§ 71).

Weitere Aufgabe sollte die Fortbildung der o. a. Dienste und Funktionen in Bezug auf den Umgang mit Mitarbeitern mit psychischen Störungen und Erkrankungen sein.

In Bezug auf die Integrationsvereinbarung und die Beschäftigungspflicht ist der Schwerbehindertenstatus Voraussetzung. Die Mehrzahl der Betroffenen scheut diesen Schritt auf Grund der damit verbundenen Stigmatisierung.

Ein Ausweg könnte hier sein, Betriebsvereinbarungen nach dem Betriebsverfassungsgesetz für den Umgang mit psychischen Erkrankungen zu treffen. Hier wäre eine Anlehnung an die betrieblichen Vereinbarungen »Umgang mit Suchterkrankungen« oder weitergehend eine einheitliche Betriebsvereinbarung für den Umgang mit Sucht und psychischen Erkrankungen sinnvoll.

Betriebsvereinbarungen sind sozusagen die »Gesetze des Betriebes« und Teil des kollektiven Arbeitsrechts. Sie umfassen generelle Regelungen zur betrieblichen Ordnung. Ziel dieser Vereinbarungen sollte der Erhalt des Ar-

beitsplatzes und der Leistungsfähigkeit, die Vermeidung von (verhaltens- bzw. krankheitsbedingter) Kündigung sein. Sie sollten durch betriebliche Regularien Klarheit schaffen im Umgang mit diesem Problembereich.

Im Bereich betrieblicher Vereinbarungen »Umgang mit Suchterkrankung« haben sich folgende Inhalte als sinnvoll erwiesen (Schulz & Fuchs 1994, Fleck/Rainer/Wienemann 1989):

- Verpflichtung zur Aufklärung und Information: Informationen an alle Mitarbeiter/-innen im Sinne von Setting-Prävention (Broschüren, Informationsveranstaltungen)
- Schulung für Vorgesetze, Betriebsräte, evtl. Kontaktmitarbeiter
- Niedrigschwellige Beratungsangebote
- konsequente Mitarbeitergespräche bei Häufung von Arbeitsunfähigkeit, Verhaltensauffälligkeiten und Leistungsminderung
- Prognose-Problem-Lösungen und Regularien in Bezug auf arbeitsrechtliche Fragen

Aufgaben außerbetrieblicher Dienste

Als beteiligte bzw. zu beteiligende außerbetriebliche Dienste sind die Integrationsämter, die gemeinsamen Servicestellen und die sozialpsychiatrischen Hilfsangebote zu nennen.

Die Integrationsämter sind zuständig beim Vorliegen der Schwerbehinderteneigenschaft. Sie sollten nach dem SGB IX vom Arbeitgeber bei drohendem Verlust des Arbeitsplatzes eingeschaltet werden. Bei Problemen der Betroffenen am Arbeitsplatz kann das Integrationsamt begleitende Hilfen anbieten. Diese umfassen neben Beratung und Betreuung auch eine Arbeitsassistenz am Arbeitsplatz (siehe Beitrag Hoffman-Badache in diesem Band).

Die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger sind zuständig für Beratung und Unterstützung bei Rehabilitationsbedarf und sind nach SGB IX § 84 vom Arbeitgeber bei Vorliegen bzw. zu erwartendem Bedarf einzuschalten.

Die Angebote der Sozialpsychiatrie sollten einen offenen niedrigschwelligen Zugang im Bereich Beratung, Betreuung und Behandlung ermöglichen und sollten den zuständigen o.a. Funktionen und Diensten im Betrieb bekannt sein. Sie sollten in der Kooperation mit den Servicestellen die Einbringung der sozialpsychiatrischen Kompetenz gewährleisten und diese auch in eine gemeinsame Hilfeplanung mit den Betroffenen einbringen.

Fazit und Perspektive

Der Ausbau von Anti-Stigmatisierungsprojekten und -kampagnen im betrieblichen Umfeld ist dringend erforderlich, um Ausgrenzung zu vermeiden und die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu erleichtern. Die Finanzierung ist sicherzustellen. Sinnvoll ist hier eine Finanzierung durch die Präventionsstiftung, da hier alle Rehabilitationsträger beteiligt sind. Ein Finanzierungsbeitrag der Betriebe ist anzustreben.

Die Fortbildung und Schulung der beteiligten betrieblichen Funktionen in Bezug auf psychische Erkrankungen im Betrieb sollte zur Selbstverständlichkeit in den Betrieben werden. Der Imagegewinn und die Vermeidung von Krankheitstagen kann hier motivierend für die Betriebe sein.

Die Industrie- und Handelskammer und die Handwerkskammer sollten den kleineren und mittleren Betrieben Unterstützung anbieten, um so auch hier Präventionsarbeit zu ermöglichen.

Betriebliche Vereinbarungen zum Umgang mit und zur Eingliederung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit psychischen Erkrankungen schaffen Orientierung und Klarheit im Umgang und sind ein Beitrag zur Enttabuisierung und Anti-Stigmatisierung. Mittelfristig sollten solche Vereinbarungen zum Standard in den Betrieben gehören und eingebettet sein in ein Gesundheitsmanagement.

In naher Zukunft gilt es, die Umsetzung des § 84 SGB IX sowohl in den großen als auch in den kleineren Berieben aufmerksam zu beobachten und gegebenenfalls anzumahnen.

Die Zusammenarbeit der Betriebe, der Integrationsämter und Servicestellen mit der Sozialpsychiatrischen Hilfe bzw. den Gemeindepsychiatrischen Verbünden sollte kontinuierlich weiterentwickelt und verbessert werden.

Literatur

Aktion Psychisch Kranke (Hg.) (2004) Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt »Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker«. Bonn.

Rainer L, Fuchs R (1994) Betriebliche Alkoholprävention. Der Betriebsrat. 6: 125–131.

Fleck J, Rainer L, Wienemann E (1989) Betriebsvereinbarungen – notwendiger Bestandteil betrieblicher Alkoholpräventionsprogramme? In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.), Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Hamm.

Prävention einmal anders: Seitenwechsel – Manager in sozialen Betrieben

Reinhard Gielen

Das Projekt Seitenwechsel, das im Herbst 2000 erstmals in Hamburg durchgeführt wurde, richtet sich an Führungskräfte aus der Wirtschaft. Die Teilnehmer arbeiten eine Woche aktiv in einer sozialen Einrichtung ihrer Wahl mit und lernen dabei den Alltag sozialer Arbeit kennen. Ziel ist es, die Leistung der sozialen Einrichtungen transparent zu machen, die Führungskräfte für die sozialen und psychischen Probleme der Klienten zu sensibilisieren und damit Öffentlichkeit zu schaffen gegen die weitere Ausgrenzung der Betroffenen. Für die beteiligten Unternehmen ist die Projektteilnahme ein Beitrag im Rahmen der Personentwicklung.

Das Projekt ist 1995 in der Schweiz entstanden und dort mittlerweile in einigen großen Unternehmen (z.B. UBS – United Bank Switzerland) fester Bestandteil des »Management Development«. In Deutschland befindet sich die Initiative noch im Testlauf, zurzeit arbeitet Seitenwechsel mit zehn beteiligten Unternehmen (Airbus Deutschland GmbH, Beiersdorf AG, BMW AG, Daimler Chrysler AG, Hamburgische Elektricitäts-Werke, HSH Nordbank AG, Otto, Phoenix AG, Provinzial Versicherungen) bundesweit zusammen. Trägerin des Projekts ist die Patriotische Gesellschaft von 1765, eine gemeinnützige Hamburger Organisation.

Die Vorgehensweise des Projektes

Der Seitenwechsel ist in drei Phasen gegliedert: In der Vorbereitungsphase wird eine Art »Markt« organisiert, auf dem sich die beteiligten sozialen Einrichtungen vorstellen. Interessierte Führungskräfte können sich über die Arbeitsinhalte der einzelnen Organisationen informieren und bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung beraten lassen. Während dieser Zeit werden die Teilnehmer von festen Ansprechpartnern betreut. Im Anschluss findet ein gemeinsamer Erfahrungsaustausch der Teilnehmer statt, und es wird eine separate Auswertung mit den sozialen Einrichtungen durchgeführt. Beteiligt am Projekt sind Einrichtungen aus den Bereichen Sucht- und Drogenhilfe, Obdachlosenhilfe, Behindertenbetreuung, Flüchtlingshilfe, Hospiz, Psychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Strafvollzug. Während des Praktikums sollen die Manager nicht betriebswirtschaftlich arbeiten, sondern sich sozial einbringen, zum Beispiel pflegerisch tätig werden oder Freizeitaktivitäten mit den Klienten planen. Der Seitenwechsel soll Einblicke in eine soziale Realität geben, mit der die Manager sonst nichts zu tun haben. Der Gewinn für die Führungskräfte

liegt vor allem in der »Schärfung der Wahrnehmungsfähigkeit« und in der Konfrontation mit ihren Werten und möglichen Vorurteilen bzw. in der Gelegenheit, diese zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Ein weiterer Aspekt ist das Austesten der Kommunikations- und Teamfähigkeit. Zudem kommen die Führungskräfte ohne den gewohnten Status in ein neues Team und müssen sich um ein Miteinander bemühen.

Die Erfahrungen der Führungskräfte

Für Christiane Buck, Leiterin Personalauswahl und -entwicklung bei der Hamburgischen Landesbank, war die Entscheidung, am Projekt teilzunehmen in erster Linie »ein Selbstversuch«, um an ihre Grenzen zu kommen und trotzdem die Herausforderung anzunehmen. Nach der Devise »Lernen passiert durch Irritation« entschied sich Buck für das Projekt Ragazza, eine Hamburger Betreuungs- und Beratungseinrichtung für drogenabhängige, obdachlose Prostituierte. Ragazza bietet eine so genannte niedrigschwellige Hilfe an, das heißt, die Klientinnen können dort unter anderem essen, duschen, Wäsche waschen und im geschützten Raum saubere Spritzen erhalten, Drogen einnehmen und sich auch beraten lassen. Besonders schwer ist es ihr gefallen, mit der »eigenen Ohnmacht« umzugehen, auszuhalten, nicht alles managen zu können und sich hilflos zu fühlen – eine Erfahrung, die sie aus ihrem Berufsalltag als Führungskraft nicht kennt. Von daher sei es immens wichtig gewesen, die »richtige Balance zwischen Akzeptanz und Abgrenzung« zu finden und eine »innere Distanz« aufzubauen. In dieser Zeit habe sie auch die Arbeit der Sozialarbeiter schätzen gelernt, die Schwerstarbeit leisteten. Die Arbeit mit den Klienten habe ihr eine große Bandbreite an sozialen Kompetenzen abverlangt: Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit, sich in schwierige menschliche Situationen einfühlen und sich auf unterschiedliche Mentalitäten einstellen zu können, flexibel und belastbar zu sein, um auch in Extremsituationen handlungsfähig zu bleiben, und Konfliktfähigkeit zu beweisen, das heißt einen offenen Umgang mit Problemen zu praktizieren sowie klare Grenzen zu setzen. »Es ist ein Stück Lebenserfahrung«, sagt Buck rückblickend. Man lerne, über den eigenen Tellerrand zu schauen, Respekt vor anderen und ein Gefühl von persönlicher Stärke zu entwickeln. »Es war für mich ein gutes Lernfeld, um mich besser kennen zu lernen.« Die einwöchige Erfahrung hat bei ihr einen sehr viel intensiveren Eindruck hinterlassen als andere Personalentwicklungsmaßnahmen. Beim Seitenwechsel handelt es sich um die Realität und nicht um künstlich geschaffene Situationen, wie beispielsweise das Outdoor-Training. Es geht

immer um den Menschen und wirkt deswegen auch länger nach. Seitenwechsel sollte nach ihrer Erfahrung jedoch im Unternehmen nicht als obligatorische Personalentwicklungsmaßnahme eingeführt werden, da sonst Barrieren entstehen könnten. Es muss zum Entwicklungsbedarf des Einzelnen passen. In der Hamburgischen Landesbank haben in der Zwischenzeit weitere Führungskräfte für eine Woche ›die Seite gewechselt‹.

Ähnlich positive Erfahrungen hat Klaus Achtelik, Personaldirektor bei der Phoenix AG in Hamburg, mit seinem Seitenwechsel gemacht. Für eine Woche war Achtelik als »Mädchen für alles« in einer Krankenstube für Obdachlose tätig, die Betroffene, die medizinische Hilfe benötigen, auf Zeit aufnimmt. Für ihn war es wichtig, sich als »Personaler« auch mit schwierigen Lebensläufen auseinander zu setzen. Auch Achtelik hat den Einblick in die fremde Arbeitswelt als persönliche Bereicherung erlebt: »Es entwickeln sich andere Wertvorstellungen, und man bekommt Bodenhaftung.« Großen Respekt hat er vor den Klienten entwickelt, die »sich über ihre Situation im Klaren sind und sehr kreativ sein müssen, um täglich zu überleben«. Die Transferleistung in den Beruf hält Achtelik für schwierig, da sie nicht messbar sei. Als Einzelmaßnahme sei der Seitenwechsel nicht geeignet, er müsse in eine Gesamtkonzeption zur Personalentwicklung eingebettet sein.

Erstes Fazit nach der Anlaufphase des Projektes

Aus den Rückmeldungen der Seiten wechselnden Führungskräften ist zu schließen, dass der Wunsch der sozialen Einrichtungen nach höherer Wertschätzung der sozialen Arbeit und mehr Akzeptanz und Sensibilität gegenüber benachteiligten Menschen mit sozialen und psychischen Problemen sich realisiert hat. Aus Sicht der Leitung des Projektes bringt das Projekt den Klienten der sozialen Einrichtungen auch nützliche Erfahrungen. Sie erhalten durch die Begegnung mit den Führungskräften einen anderen Bezug zur Realität und können sich gerade im Hinblick auf berufliche Perspektiven Tipps und Einschätzungen von Experten holen.

Der Nachweis eines direkten Transfer der Projekterfahrung in den Unternehmensalltag gestaltet sich schwieriger. Beim Seitenwechsel liegt der Fokus auf den »weichen« Faktoren (Persönlichkeitsentwicklung, Erweiterung der sozialen Kompetenzen), die sich nicht unmittelbar mit Blick auf konkrete Zahlen messen lassen. Es ist davon auszugehen, dass die Unternehmen eher mittelfristig von diesen Projekterfahrungen ihrer Führungskräfte profitieren.

Weitere Informationen zu dem Projekt sind im Internet (www. seitenwechsel.com) zu finden.

Betriebliches Präventionsprojekt der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Leonore Julius

Vor gut zweieinhalb Jahren hat die Familienselbsthilfe Psychiatrie – der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker – mit der Konzeption eines Projektes begonnen, das inzwischen seit gut zwei Jahren läuft. Es handelt sich dabei um ein Kooperationsprojekt, das wir gemeinsam mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen durchführen. Der Ansatz für dieses Projekt war neu gegenüber Projekten im Bereich Arbeit, die sich überwiegend mit der Thematik der Wiedereingliederung arbeitslos gewordener psychisch Kranker beschäftigen oder mit psychisch Kranken, die nie einen Arbeitsplatz hatten. Mit dem Wissen, wie äußerst schwierig es gerade in der heutigen Zeit ist, für diese Menschen Arbeitsplätze zu finden, versuchen wir, Menschen mit psychischen Erkrankungen darin zu unterstützen, den Arbeitsplatz zu erhalten. Wir haben insofern einen anderen Ansatz als die herkömmlichen Projekte gewählt, als dass wir nicht an die moralische Verpflichtung der Betriebe appellieren wollen, psychisch kranke Menschen einzustellen, sondern versuchen, zu einer Partnerschaft mit den Betrieben zu kommen. Das war auch neu für unseren Verband, denn als Selbsthilfeorganisation haben wir es vorwiegend mit Familien von chronisch, teilweise schwer chronisch Kranken zu tun und weniger mit denen, die vielleicht einmal erkranken und dann wieder gesunden.

Die Interessenlage der Betriebe liegt auf der Hand. Die Zahlen in Bezug auf die enorme Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage durch psychische Erkrankungen und die Zunahme der Frühverrentungen durch psychische Erkrankungen haben sich mittlerweile, so haben wir festgestellt, doch weit herumgesprochen. Da eine weitere Zunahme prognostiziert wird, sehen diese Firmen durchaus die Notwendigkeit, sich mit diesem Thema zu befassen. In sehr vielen Firmen gibt es bereits Programme zur Gesundheitsfürsorge ganz allgemeiner Art, bei denen Herz- und Kreislauferkrankungen, Skeletterkrankungen und weitere somatische Erkrankungen im Vordergrund stehen. Unser Ansatz liegt darin, zu vermitteln, dass psychische Erkrankungen folgenreiche Erkrankungen sind und ebenso in die betriebliche Gesundheitsfürsorge bzw. -vorsorge aufzunehmen sind. Diese Programme sind weit weg von dem Begriff »Sozialromantik« einzuordnen, es stehen »knallharte« betriebswirtschaftliche Überlegungen dahinter.

Wir begegnen einem wesentlich größeren Interesse, als wir es je erwartet hätten. Das Projekt ist fast schon zu einem Selbstläufer geworden während der Projektlaufzeit. Es beschränkt sich allerdings auf Unternehmen, bei

denen bereits ein Interesse auf diesem Gebiet vorhanden ist. Es ist eine Illusion, in Unternehmen zu gehen und etwas bewegen zu wollen, die gerade von einer Fusion bedroht sind, sich in einer Phase der Umstrukturierung befinden oder aus anderen Gründen beabsichtigen, viele Mitarbeiter abzubauen.

Die Ziele des Projektes

Die Zielrichtung des Projektes ist die sekundäre und tertiäre Prävention, bei einigen Unternehmen gibt es auch Überlegungen hinsichtlich der Primärprävention, sicherlich liegt der Schwerpunkt auf der sekundären Prävention.

Das Ziel »Erhalt des Arbeitsplatzes« ist ein Wert an sich für einen psychisch kranken Menschen. Ein weiterer Wert liegt in der größeren Aufgeschlossenheit, die man möglicherweise erreichen kann. Diese kann Stressverminderung für die Betroffenen, aber auch für Kollegen und Vorgesetzte bedeuten. Man kann sagen, es handelt sich um eine spezielle Art von Psychoedukation.

Um die Tertiärprävention geht es insbesondere bei der Frage: Wie verhalte ich mich, wenn jemand nach einem längeren Krankenhausaufenthalt wieder an den Arbeitsplatz zurückkommt? Möglichkeiten wie das Hamburger Modell spielen hierbei eine wichtige Rolle. Hierzu ein Beispiel: In vielen Betrieben ist es üblich, wenn jemand länger krank wird oder im Krankenhaus ist, dass er dort besucht wird von Kollegen oder dem Betriebsrat. Man kann den Menschen im Betrieb einfach sagen, dass man durchaus auch einen Besuch in einer Psychiatrie machen kann, dass dort noch kein Besucher festgehalten worden ist – auch wenn die Tür abgeschlossen wird – und dass man sich dort auch nicht ansteckt. Es bestehen schlicht ungeheure Ängste, eine Psychiatrie zu betreten, die es abzubauen gilt.

Ein wichtiger Nebeneffekt ist, dass von der größeren Aufgeschlossenheit im Betrieb auch die beteiligten Familien profitieren. Ich denke da insbesondere auch an Kinder, die in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil leben.

Die Schulungen tragen aus unserer Sicht wesentlich zur Entstigmatisierung bei – eben dadurch, dass wir Multiplikatoren erreichen. Wir hatten auch Veranstaltungen, bei denen der eine oder andere Teilnehmer anfangs sagte: »Na ja, die Bekloppten und was soll das ganze überhaupt.« Das hat sich im Laufe des Gesprächs nach unserem Eindruck meist verändert, insbesondere wenn es gelingt, klar zu machen, dass eine psychische Erkrankung »jeden erwischen kann«. Die Rückmeldungen sind jedenfalls sehr positiv.

Die Vorgehensweise des Projektes

Wir sind eine Selbsthilfebewegung, die der Angehörigen von psychisch Kranken. Und genau dieses »Pfund« wollten wir in dieses Projekt einbringen, nämlich die Erfahrung von »Laien« im alltäglichen Umgang mit psychisch kranken Menschen, da sich auch im betrieblichen Umfeld überwiegend Laien im Hinblick auf psychiatrische Themen befinden.

Wichtigster Baustein sind die Schulungen in den Unternehmen. Wir hatten uns zunächst überlegt, Schulungen für die verschiedenen Gruppen in den Unternehmen (Führungskräfte, Personalrat, Betriebsrat, Sozialvertretungen usw.) anzubieten und bei positivem Verlauf in einer weiteren Stufe auch noch Schulungen für direkt betroffene Kollegen oder Vorgesetzte. Es hat sich im Verlauf des Projektes relativ schnell herausgestellt, dass das nicht sinnvoll ist, da in den Unternehmen, die sich mit der Thematik Gesundheitsfürsorge befassen, zwischen den verschiedenen Bereichen eine Zusammenarbeit besteht. Dort gibt es nicht die völlig unterschiedliche Interessenlage von Personalabteilung auf der einen Seite und Betriebsrat oder Schwerbehindertenvertretung auf der anderen Seite. Nach unseren Erfahrungen sind es Teams, die sich auch über längere Zeit regelmäßig mit der Thematik befassen. Aufgrund dieser Erkenntnis haben wir dann Schulungen gemeinsam für alle betrieblichen Gruppen konzipiert.

Das zweite Modul in diesem Projekt ist eine Hotline, die für zusätzliche Fragen, besonders auch anonyme, zur Verfügung steht. Diese Hotline leidet jedoch bisher noch darunter, dass sie nicht genügend bekannt ist, das heißt, dass derjenige, der sie in einem konkreten Fall brauchen könnte, meist keine Kenntnis davon hat. Die Information über dieses Angebot ist ein Prozess, der sehr lange dauert. Wir werden aber auch nach dem Ende des Projektes diese Hotline in etwas modifizierter Form im Rahmen unserer allgemeinen Selbsthilfeberatung für Betroffene und Angehörige weiterführen.

Die bisherigen Ergebnisse des Projektes

Wir haben bisher insgesamt 26 Schulungen durchgeführt und dabei rund 40 Firmen erreicht. Zwei Schulungen hatten wir für Vertreter von verschiedenen Unternehmen veranstaltet, die das Thema in ihren Firmen oder Organisationen weiterverfolgen. Insgesamt haben wir dabei mittlerweile über 500 Menschen erreicht. Die Erwartung hat sich bestätigt, dass unter den Personen, die an den Schulungen teilnahmen, die meisten betriebliche Multiplikatoren sind. Wir hatten Gruppen ganz unterschiedlicher Größe und unterschiedlicher Zusammensetzung, wir hatten aber auch Veranstaltungen, in denen speziell Schwerbehindertenvertreter oder auch Werksärzte geschult wurden. Wir hatten den Eindruck, dass bei (fast) allen Schulungen in der Runde auch persönlich betroffene Menschen waren. Das ist nach der Statistik ja nicht ganz unwahrscheinlich und hat sicherlich das Thema mitbefördert. Bei unseren Evaluationsbögen hatten wir einen fast vollständigen Rücklauf, wobei weit über 90 % der Teilnehmer die Veranstaltungen als gut bzw. sehr gut bewerteten. Ich bin sehr vorsichtig im Hinblick auf die Aussagekraft solcher Bögen, aber die Tatsache, dass bei 25 % unserer Schulungen Folgeveranstaltungen zustande kamen und dies in bekannten und gut strukturierten Unternehmen, zeigt doch, dass unser Ansatz erfolgreich war. Als Beispiel sei genannt R&V Versicherungen. Dort waren wir zunächst in der Hauptverwaltung und dann folgte eine bundesweite Veranstaltung. Das Gleiche gilt für den REWE Konzern. Einer Schulung bei Opel in Eisenach folgte kürzlich eine Veranstaltung bei Opel Rüsselsheim. Und auch einer Schulung beim ZDF wird demnächst eine Veranstaltung für die Schwerbehindertenvertreter aller öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten folgen.

Die Perspektive

Eine zukunftweisende Entwicklung zeichnet sich bei einem namhaften (und sehr erfolgreichen) Unternehmen mit Sitz in München ab, das ein sehr ausgefeiltes betriebliches Gesundheitswesen vorhält und sich auch mit der Thematik der psychischen Erkrankungen befasst. Diese Erkrankungen sollen dort stärker in die Wiedereingliederungsprogramme einbezogen werden. Dieses Unternehmen geht sogar noch einen Schritt weiter und will zukünftig primäre Prävention betreiben. Es will Ansatzpunkte finden, wo in betrieblichen Abläufen bzw. im betrieblichen Umfeld Dinge geändert werden müssen, um die Entwicklung von psychischen Erkrankungen überhaupt zu vermeiden. Auch dieses Unternehmen macht das natürlich nicht aus reiner Nächstenliebe, sondern weil es sich betriebswirtschaftlich etwas davon verspricht – ein mutmachendes Beispiel.

Das Wesentlichste, was uns derzeit noch fehlt, ist die Sicherung für die Fortführung des Projektes nach Ablauf der dreijährigen Projektlaufzeit.

Aufgaben der Integrationsämter

Martina Hoffmann-Badache

Ich möchte in meinem Beitrag zunächst auf die Aufgaben der Integrationsämter in ihrer Gesamtheit eingehen, bevor ich in einem zweiten Schritt die neuen Anforderungen des geänderten Sozialgesetzbuches IX insbesondere zum Thema »Prävention« darstelle.

Einleitend möchte ich kurz das Integrationsamt des Landschaftsverbands Rheinland vorstellen: Der Landschaftsverband Rheinland ist Träger des Integrationsamtes für das Rheinland, dem größten Integrationsamt in Deutschland. Fast 18 000 Arbeitgeber sind im Rheinland entsprechend dem SGB IX verpflichtet, mindestens 5 % ihrer Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Beschäftigten zu besetzen. Da dies in der Realität leider nicht der Fall ist und viele Arbeitgeber ihrer Beschäftigungspflicht nicht oder nicht in vollem Umfang nachkommen, hat das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Rheinland zurzeit (leider) vor allem im Vergleich zum überörtlichen Träger der Sozialhilfe ausreichend Geldmittel zur Verfügung, seine gesetzlichen Aufgaben wahrzunehmen. Dies ist aber nicht überall in Deutschland der Fall. Insbesondere im Osten steht den Integrationsämtern vergleichsweise wenig Gelder zur Verfügung, denn die potenzielle Höhe der Einnahmen eines Integrationsamtes ist natürlich abhängig von der Zahl der beschäftigungspflichtigen Betriebe und ihrer Größe in der jeweiligen Region. Diese unterschiedlichen Bedingungen wirken sich auch darauf aus, wie die Integrationsämter die neuen gesetzlichen Anforderungen im Rahmen der Novellierung des Sozialgesetzbuches IX in die Tat umsetzen können.

Zunächst gebe ich einen stichwortartigen Überblick über die Aufgaben der Integrationsämter. Diese umfassen

- die Erhebung und Verwendung der Ausgleichsabgabe,
- die Schaffung neuer Arbeits- und Ausbildungsplätze,
- die begleitende Hilfe im Arbeitsleben,
- die fachliche Beratung,
- die individuelle Betreuung,
- die finanzielle Förderung,
- der Kündigungsschutz,
- Schulungs- und Aufklärungsmaßnahmen.

Bei der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben geht es um die gezielte Beratung für Arbeitgeber, betriebliche Aufgabenträger und Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen bei

- der Gestaltung von Arbeitsplätzen,
- dem betrieblichen Eingliederungsmanagement,
- dem Abschluss von Integrationsvereinbarungen.

Dabei geht es insbesondere um

- die Beratung hinsichtlich Arbeitszeiten und Arbeitsorganisation,
- die behinderungsgerechte Einrichtung von vorhandenen und neuen Arbeits- und Ausbildungsplätzen,
- die Übernahme der Kosten von Fortbildungsmaßnahmen.

Der besondere Kündigungsschutz bedeutet, dass ein Arbeitgeber vor Ausspruch einer Kündigung eines schwerbehinderten Mitarbeiters oder Mitarbeiterin verpflichtet ist, das Integrationsamt einzuschalten und prüfen zu lassen, ob eine Weiterbeschäftigung des schwerbehinderten Menschen unter Berücksichtigung all der Möglichkeiten, die das Sozialgesetzbuch IX bietet, möglich ist. Unsere Rolle ist also in diesem Fall vor allen Dingen, den Arbeitgeber zu beraten, zu unterstützen und aufzufordern, Alternativen zu einer Kündigung zu entwickeln. Hierzu stellen wir Beratung durch z. B. die Integrationsfachdienste oder unsere Ingenieure zur Verfügung. Wir stellen aber auch Geldmittel zur Verfügung, wenn die Umgestaltung eines Arbeitsplatzes die erforderliche Alternative darstellt.

Damit sind die Integrationsfachdienste aus unserer Sicht ein ganz wichtiges Instrument, wenn es darum geht Arbeitsplätze zu erhalten, oder Menschen mit Behinderung dabei zu unterstützen, einen Arbeitsplatz am allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden.

Die Integrationsfachdienste sind traditionell wichtige Ansprechpartner für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In der Arbeit mit psychisch kranken Menschen lag im Rheinland die Keimzelle der Integrationsfachdienste vor inzwischen über 25 Jahren. Im Jahr 2003 wurden ungefähr 1600 Menschen mit einer seelischen Erkrankung bzw. Behinderung im Rheinland von Integrationsfachdiensten beraten und unterstützt.

Wenn die Fachdienste bei der Arbeitsplatzvermittlung unterstützend tätig werden, sind die Agentur für Arbeit oder die Rehabilitationsträger der Auftraggeber. Die Aufgaben der Vermittlung reichen von der Erstellung von Leistungsprofilen, über die Arbeitsplatzakquise und die notwendige Nachbetreuung bis hin zu der Aufgabe, Menschen mit Schwerbehinderung auch auf ihrem neuen Arbeitsplatz vorzubereiten.

Die Fachdienste sind aber auch im präventiven Feld tätig, wenn es darum geht, Arbeitsplätze zu sichern und Kündigungen zu verhindern. In die-

sen Fällen sind die Auftraggeber die Integrationsämter oder wieder die Rehabilitationsträger.

Im Rahmen der Sicherung von Arbeitsplätzen reichen die Aufgaben von der Beratung der betroffenen Person selbst, über die Beratung der Kollegen und Kolleginnen und des Arbeitgebers im Betrieb, die Begleitung oder das Training am Arbeitsplatz bis hin zur grundsätzlichen Information auch an Arbeitgeber hinsichtlich der unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten und Fördermöglichkeiten nach SGB IX.

Die Integrationsfachdienste hatten schon vor der Novellierung des Gesetzes bereits die Aufgabe, den Übergang aus einer Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Der Landschaftsverband Rheinland hat hier ein Modellprojekt gefördert mit dem Ziel, dass sowohl die Integrationsfachdienste ihre Arbeit in diesem Bereich intensivieren als auch dass das Integrationsamt und der zuständige Rehaträger – insbesondere der überörtliche Träger der Sozialhilfe – in diesem Feld enger zusammenarbeiten. Ein wichtiges Ergebnis war und ist, dass das Integrationsamt des Landschaftsverbandes Rheinland über einen Beschluss unseres Sozialausschusses die Möglichkeit erhalten hat, die Finanzierung der Leistung des Integrationsfachdienstes zur Vermittlung von Werkstattbesucherinnen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu übernehmen, da sich gezeigt hatte, dass die Agenturen für Arbeit bei der Förderung der Hilfen für diesen Personenkreis mehr als zurückhaltend waren. Zurzeit sind im Rheinland an 46 Standorten 3633 Menschen mit seelischer Behinderung in Werkstätten tätig. Die Zahl der psychisch kranken Beschäftigten in Werkstätten steigt derzeit überproportional.

Mit der Novellierung des SGB IX wurde der Auftrag der Vermittlung von WfbM-BesucherInnen nochmals akzentuiert. Für die Arbeitgeber wurden neue Anreize geschaffen, (ehemalige) WfbM-BesucherInnen zu beschäftigen.

Leider ist festzustellen, dass bisher die Rehabilitationsträger nur selten die Leistungen der Integrationsfachdienste in Anspruch genommen haben. Dies hat und hatte u.a. zur Folge, dass Menschen mit psychischen Behinderungen, die nicht immer über einen Schwerbehindertenausweis verfügen, nicht ohne weiteres durch die Integrationsfachdienste betreut werden konnten. Der Landschaftsverband Rheinland hat sich dazu entschlossen, die Beratung von Menschen ohne Schwerbehindertenausweis dann, wenn es um die Begleitung am Arbeitsplatz geht, zunächst befristet für maximal eineinhalb Jahre zu übernehmen. Ziel war und ist dabei allerdings, dass der Fachdienst in dieser Zeit entweder erreicht, dass die Beratung beendet wird, oder dass der betroffene Mensch einen Schwerbehindertenausweis nachweisen

kann, oder dass ein zuständiger Rehabilitationsträger die Kosten übernimmt. Die Regelungen des Sozialgesetzbuches IX, die nun die Reha-Träger definitiv zur Leistungspflicht auffordern, haben zur Folge, dass auch im Rheinland die Integrationsfachdienste weitaus weniger Zeit haben werden für diese clearing-Tätigkeiten.

Durch die jüngste Novellierung des Sozialgesetzbuches IX wurde die Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste (IFD) vollständig auf die Integrationsämter übertragen. Diese beinhaltet für mich die Infrastrukturverantwortung, die Steuerungsverantwortung und die Finanzverantwortung. Zurzeit klären alle Beteiligten, wie diese Begriffe auszufüllen sind. Gleichzeitig werden die Tätigkeitsfelder der IFD erweitert:

Nach § 110 Abs. 1 a SGB IX sollen sie in der Zukunft in Abstimmung mit der Agentur für Arbeit auch in den Schulen mitwirken bei der Berufsorientierung und Berufsberatung. Der Gesetzgeber spricht davon, dass die IFDs dies im Auftrag der Agentur für Arbeit zu leisten haben. Hier wird es also darauf ankommen, möglichst frühzeitig den entsprechenden Klärungsprozess mit den Agenturen für Arbeit einzuleiten.

Die IFDs sollen in der Zukunft auch für Begleitung der Ausbildung von schwerbehinderten Jugendlichen, insbesondere seelisch und lernbehinderten Jugendlichen bereitstehen (§ 110 Abs. 1 b SGB IX).

Der Gesetzgeber hebt nochmals in § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB IX hervor, dass die Belange seelisch behinderter Menschen besondere Berücksichtigung finden sollen. Wir hoffen, dass dieser Absatz insbesondere die Reha-Träger erreicht.

Auch soll der IFD den schwerbehinderten Menschen beratend unterstützen bei Antragstellungen gegenüber Integrationsamt und Rehaträger (§ 110 Abs. 8 SGB IX). Nach § 110 Abs. 7 SGB IX sollen die IFDs in der Zukunft aber auch verstärkt als Beratung und Unterstützung der interessierten Arbeitgeber fungieren. Darüber hinaus sollen sie auch mit den Handwerkskammern, den Industrie- und Handelskammern und sonstigen berufständischen Organisationen zusammenarbeiten.

Aber auch auf die Arbeitgeber kommen bezüglich der Prävention neue Anforderungen zu. Insbesondere im Rahmen der Gesundheitsprävention (§ 84 Abs. 2 SGB IX) wurden Neuerungen eingeführt:

Die Arbeitgeber werden verpflichtet, die Frist zur Klärung der Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit von zwölf auf sechs Wochen zu reduzieren. Sie werden verpflichtet ein Eingliederungsmanagement einzuführen und den Betriebs- oder Werksarzt hinzuziehen. Dies alles geht natürlich nur unter Zustimmung und Beteiligung des Betroffenen selbst. Aber auch die gemeinsa-

men Servicestellen, die örtlichen Fürsorgestellen und das Integrationsamt sollen verstärkt eingeschaltet werden und alle Maßnahmen müssen innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX eingeleitet werden.

In diesem Zusammenhang kann aber auch die Schwerbehindertenvertretung bzw. der Betriebs- oder der Personalrat initiativ werden zur Einladung präventiver Maßnahmen.

Das Integrationsamt kann die Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements prämieren (§ 102 Abs. 3 Nr. 2 d SGB IX).

Im § 83, Abs. 2 a SGB IX werden auch die möglichen Inhalte der Integrationsvereinbarung erweitert um

- die Berücksichtigung schwerbehinderter Frauen,
- das Thema Teilzeit,
- angestrebte Beschäftigungsquote.

Aber auch die schon genannten Themen Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung können Gegenstand der Integrationsvereinbarung werden.

Damit habe ich die wichtigsten Punkte zur Neufassung des Sozialgesetzbuches IX zum Thema »Prävention« zumindest stichwortartig benannt. Die Novellierung verfolgt mit dem Ausbau der Prävention zusammengefasst das Ziel, »Rehabilitation statt Entlassung« verstärkt als gesetzlichen Auftrag zu formulieren.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich abschließend die Möglichkeit der Arbeitsassistenz, ein Instrument, das ja schon mit dem SGB IX eingeführt wurde. Nach unseren Erfahrungen im Rheinland hat sich auch die Arbeitsassistenz als sehr positiv im Sinne des Arbeitsplatzerhaltes und der Rehabilitation erwiesen. Aber die Arbeitsassistenz ist aufgrund ihrer Bedeutung eigentlich ein eigenes Thema. Vielleicht habe ich ein anderes Mal Gelegenheit, dazu mehr zu sagen.

Prävention im betrieblichen Kontext aus Sicht einer Betriebsärztin

Sabine Griebel

Rahmenbedingungen betriebsärztlicher Tätigkeit

Betriebsärzten kommt in ihrer betrieblichen Mittlerfunktion beim Umgang mit psychisch Kranken eine zentrale Rolle zu. Da sie Besonderheiten der einzelnen Arbeitsplätze kennen, organisatorische und strukturelle Gegebenheiten vor Ort einschätzen können und mit der Berufs- und Krankengeschichte der Betroffenen vertraut sind, können sie alle Faktoren berücksichtigen, die eine erfolgreiche Wiedereingliederung begünstigen. Voraussetzung dafür ist allerdings eine gezielte Weiterbildung und Vertiefung betriebsärztlicher Kenntnisse für psychiatrische Fragestellungen. Das ist nicht unbedingt üblich und entsprechende Angebote der Weiterbildungsstätten spärlich bis gar nicht vorhanden. Interessierte Arbeitsmediziner erhalten kompetente Unterstützung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Einrichtungen oder erlangen mehr soziale Kompetenz durch regelmäßige Teilnahme an Balint-Gruppen.

Das Arbeitssicherheitsgesetz sieht in der Beschreibung betriebsärztlicher Tätigkeit die Mitwirkung des Betriebsarztes bei rehabilitativen Prozessen explizit vor. Erfolgreich lassen sich diese Prozesse nur begleiten, wenn die ärztliche Schweigepflicht strikt gewahrt bleibt und der Mitarbeiter bei jeden Schritt sicher sein kann, dass er mit seinen Nöten und Ängsten nicht allein gelassen wird. Dieses setzt natürlich ein hohes Maß an psychosozialer Kompetenz beim Betriebsarzt voraus.

Für mich persönlich war eine berufsbegleitende Fortbildung zur systemischen Familientherapeutin der entscheidende Schritt, auch im betrieblichen Kontext sach- und fachkundige Beratung anbieten zu können.

Ein anderer wichtiger Grundsatz der Arbeit ist die gesetzlich festgelegte Weisungsfreiheit von Betriebsärzten, die in Konfliktfällen die Grundlage für Gewissensentscheidungen darstellt.

Instrumente und das praktische Vorgehen bei Rehabilitationen

Seit 2000 gibt es bei der Schering AG die Möglichkeit, sich zur Psychosomatischen Sprechstunde anzumelden. Dieses Angebot schließt sich somit nahtlos an andere innerbetriebliche Hilfeangebote der Sozialberatung an. Schon seit über 20 Jahren verfolgt die Schering AG damit ein Konzept, schwierige Themen wie zum Beispiel Alkoholkrankheit nicht totzuschwei-

gen oder unter den Teppich zu kehren. Das verdeutlicht die erstmals 1982 verfasste und 2001 novellierte Betriebsvereinbarung zum »Umgang mit Sucht und suchtgefährdeten Mitarbeitern«. Angelehnt an solche Vorgaben für Führungskräfte werden dann auch innerbetriebliche Lösungen für psychisch Kranke gesucht. Da es dabei aber immer um eine Minderheit geht, wurden in der Vergangenheit auch immer nur Einzelfalllösungen kreiert.

Ein seit Jahren erprobtes Instrument für betriebliche Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung ist das so genannte Hamburger Modell, mit dem Arbeitsversuche und Arbeitserprobung durchgeführt werden kann. Hier kommt dem Betriebsarzt im Zusammenspiel mit dem behandelnden Arzt, der Unternehmensleitung, der Krankenkasse, dem Betriebsrat und dem Betroffenen eine wichtige Schnittstellenfunktion zu. In der Vergangenheit hat es sich bewährt, besonders in schwierigen Fällen möglichst frühzeitig alle Beteiligten zu einer gemeinsamen Beratung zu bewegen und zu einer für alle guten einvernehmlichen Lösung zu kommen. Hier besteht bei uns ein unbedingtes Bekenntnis zur Interdisziplinarität; das heißt, je mehr ich an Mithelfern ins Boot bekomme bei Umgang mit besonderen Fragestellungen, desto besser. Integration in den Beruf zurück – Wiedereingliederung – ist ein Thema aller beteiligten Instanzen und hat dann, je besser es betrieben wird, ein größeres Maß an Erfolgsaussicht.

Frühwarnzeichen

Über Frühwarnzeichen in Bezug auf psychische Erkrankungen zu sprechen ist ein ganz wesentlicher Bestandteil betrieblicher Prävention. Ein Frühwarnzeichen für ein nicht mehr gut funktionierendes innerbetriebliches Feinspiel kann beispielsweise die Vorlage eines Attestes jeglicher Couleur sein. Das, was »darauf steht«, muss noch lange nicht »dahinter stehen«.

Wenn sich also jemand innerbetrieblich umsetzen lassen möchte, dann kommen mitunter die absurdesten Begründungen durch die Fachärzte auf meinen Tisch. Es lohnt sich immer erst mal zu fragen, was der Betroffene eigentlich wirklich möchte, ob es Sinn macht mit Kollegen und mit Vorgesetzten zu sprechen. Manchmal entfaltet sich dann an so einem einfachen Attest ein ganzer komplexer Zusammenhang, der zeigt, dass das Attest nur das Symptom ist und längst nicht die dahinter stehende Dynamik. Eine solche Sichtweise hat sich im Übrigen auch bewährt bei Anfragen, die zur ergonomischer Arbeitsplatzberatung kommen wie z. B.: »Ich möchte einen höhenverstellbaren Schreibtisch haben.« In den seltensten Fällen löst der höhenverstellbare Tisch das Problem, um das es wirklich geht. Oftmals ist

den Betroffenen selbst noch nicht so ganz klar, wo sie der Schuh drückt und dann stellen sie erleichtert fest, dass sich jemand sehr wohl um weitergehende Kontextfragen kümmert. Vielleicht gibt es schließlich auch eine Empfehlung zu einem höhenverstellbaren Arbeitstisch. Aber das ist dann wirklich die allerletzte Stufe. Genauso hellhörig werde ich bei Anfrage wegen Klimaanlagen-Unverträglichkeit. Es lohnt sich immer, zunächst in die Abteilung zu gehen – wenn es gewünscht wird – oder erst mal ein Gespräch in Gang zu bringen über Psychodynamik am Arbeitsplatz. Wie ist die Arbeitsatmosphäre? Was für Wünsche, Hoffnungen und vielleicht auch Enttäuschungen spielen bei den persönlichen Anliegen eine Rolle? Gibt es Anzeichen für gestörte Kommunikation? In der Vielzahl der Fälle sind arbeitsplatzbezogene Wünsche realisierbar. Wenn sich dahinter jedoch tiefere Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten verbergen, wenn Änderungen in der Position oder Funktion körperliche Symptome produzieren, dann ist sensibler und professioneller Umgang vonnöten.

Hier kommt dem Betriebsarzt mit seiner umfassenden Kenntnis innerbetrieblicher Strukturen und der Abläufe eine wichtige interdisziplinäre Aufgabe zu. Aufgabe ist es, »zwischen den Sätzen« zu hören, was geschildert wird. Ebenfalls Hellhörigkeit wird bei mir erzeugt bei dem Anliegen jemand möchte keine Schichtarbeit machen. Das liegt auf der Hand. Schichtarbeit ist ungesund, letztendlich wenn sie über Jahre betrieben wird oder gemacht werden muss. Und meistens sind Betriebsärzte die ersten Ansprechpartner, die für einen Betreffenden vorhanden sind und bei dem er sich erklären kann. Im privaten Kontext hat er die Erfahrung gemacht, dass ihm keiner richtig zuhören will oder kann, Freunde sich leicht überfordert fühlen.

Es gibt viele berechtigte Anliegen, aber manchmal können hinter missglückten Lösungsversuchen auch versteckte Krankheitsboten etwas wie Erschöpfung oder lavierte Depressionen stecken. Das wäre dann im Einzelfall immer zu erfragen.

Ob die Arbeit, die wir nur auf dieser Grundlage machen können, nun ausreichend ist, vermag ich wirklich nicht zu beurteilen. Ich kann Ihnen nur sagen, wir machen das. Und ich persönlich bin im Übrigen davon überzeugt, dass so eine Basisarbeit sehr erfolgreich ist.

Das ist allerdings auch nur ein Teil der Gesundheitsprävention. Wir setzen uns sehr für betriebliche Gesundheitsförderung ein, die schon im Vorfeld, wenn noch gar keine Beschwerden vorliegen, den Beteiligten die Möglichkeit gibt, sich freiwillig und aktiv mit Hilfe zur Selbsthilfe auseinander zu setzen. Allerdings gibt es hierbei zunehmend Schwierigkeiten, denn diese betrieblichen Angebote sollen besteuert werden, was dann aber im Wider-

spruch zu unserem Präventivauftrag steht. Hier muss es eine politische Lösung geben, denn sonst werden bald diese Gesundheitsangebote für unsere Mitarbeiter nicht mehr zur Verfügung stehen.

Früherkennungszentren

Martin Hambrecht

In den letzten Jahren ist ein zunehmendes Interesse an Früherkennung und Frühintervention bei schizophrenen Störungen zu beobachten. Die Ursachen hierfür sind vielfältig: Aufgrund von Langzeitstudien wird das fatalistische Konzept einer »Dementia praecox« zunehmend der Kritik unterzogen. Ersterkrankten-Studien haben eine verbesserte Definition des Beginns der Erkrankung geliefert. Wirksame Behandlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung und das Wissen über effektive Rückfallverhütung hat sich ebenfalls substanziell vermehrt. Durch die Verschiebung psychiatrischer Versorgung vom stationären in den ambulanten Bereich konnte die Schwelle, psychiatrische Hilfe aufzusuchen, gesenkt werden. Auch Kostenüberlegungen spielen eine Rolle. Schizophrenie wurde als früh einsetzende Erkrankung erkannt, die mit einer lebenslangen Behinderung einhergeht. Dies führt zu hohen direkten und indirekten Krankheitskosten. Schlussendlich griff mit der Fragestellung der Früherkennung auch die Psychiatrie die seit mehreren Jahrzehnten in der somatischen Medizin wichtige Thematik der Prävention auf.

Die Epidemiologie schizophrener Erkrankungen ist zum einen durch eine vergleichsweise niedrige Inzidenz von ca. 15–20 Fällen/100000 Einwohner pro Jahr und damit rund 14000 Neuerkrankungen in Deutschland gekennzeichnet. Andererseits liegt der Gipfel der Ersterkrankungen im späten Jugend- und frühen Erwachsenenalter mit einem im Mittel um fünf Jahre späteren Beginn bei Frauen. Mindestens ein Drittel der Erkrankten erleidet einen chronischen Verlauf, was bei einer Lebenszeitprävalenz von 1 % zu nachhaltigen Belastungen führt.

Die »Kosten« für Patient und Familie sind erheblich: Etwa 10 % der Erkrankten suizidieren sich. Mindestens ein Drittel der Erkrankten kann nicht für den eigenen Lebensunterhalt sorgen, und zwei Drittel der betreuenden Angehörigen sind selbst psychisch stark beeinträchtigt. Schizophrenie gehört zu den zehn Krankheiten mit dem höchsten Ausmaß an »Disability adjusted life years« (DALY). Allein die direkten Kosten der Solidargemeinschaft für Behandlung und Betreuung langfristig an Schizophrenie erkrankter Menschen summiert sich auf mindestens 3 Mrd. Euro pro Jahr in Deutschland. Dieser Schätzung wurde eine Gesamtzahl von rund 200000 chronisch Kranken (ein Drittel aller jemals an Schizophrenie erkrankten Menschen) und jährliche Behandlungskosten von – vorsichtig aufgrund einer Studie von Rössler et al. (1998) kalkulierten Summe – von 15000,- Euro Jahresbehandlungskosten zugrunde gelegt.

Vor diesem Hintergrund gewinnen Überlegungen zur Früherkennung und Frühintervention bei Schizophrenie an Relevanz.

Was heißt »Früherkennung«?

Der Begriff der »Früherkennung« muss klar differenziert werden. Sie ist verschiedenen Präventionsphasen im Verlauf schizophrener Störungen zuzuordnen: Weist man Früherkennung der praemorbiden Phase zu, dann würde bei dieser »primären Prävention« das Ziel in der Erkennung von Risikopersonen bestehen, die noch keine Symptome haben. Früherkennung in der »Prodromalphase« sucht nach Risikopersonen, die bereits erste Symptome aufweisen, Früherkennung in der »frühen Psychosephase« sucht nach Risikopersonen mit ersten psychotischen Symptomen. Schließlich wird Früherkennung auch im Rahmen der Rezidivprophylaxe als Begriff verwendet, bei der bereits einmal erkrankte Menschen mit dem Risiko eines drohenden Rezidivs identifiziert werden sollten.

Seit 1992 haben sich rund um den Globus verschiedene Zentren zur Früherkennung und Frühbehandlung schizophrener Störungen etabliert. Vorreiter waren insbesondere Melbourne in Australien (McGorry et al. 1996) und Stavanger in Norwegen (McGlashan & Johannessen 1996). Das erste deutsche Früherkennungszentrum gründeten Hambrecht und Klosterkötter 1997 in Köln. Dieses Zentrum »FETZ« ging ein in den Früherkennungsverbund des Kompetenznetzes Schizophrenie unter Beteiligung der Universitätskliniken Bonn, Düsseldorf, München und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. Eine europäische Früherkennungsstudie wurde ebenfalls von Köln initiiert und umfasst auch Zentren in Amsterdam, Turku und Birmingham sowie Berlin. Weitere Zentren wurden in der Schweiz (Basel und Zürich), in Heidelberg, Homburg/Saar und in Wien gegründet.

Die Arbeitsgebiete der Zentren sind ähnlich. Insbesondere geht es um Aufklärung und Information der (Fach-)Öffentlichkeit über Frühsymptome, um die Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Methoden sowie um die Erfolgsforschung dieser Interventionen.

Frühverlauf der Schizophrenie

Anhand klinischer Beobachtungen und teilweise selegierten kleineren Stichproben wurden in den letzten Jahrzehnten verschiedene Stadienmodelle des Erkrankungsbeginns der Schizophrenie entwickelt. Die Modelle konvergieren letztlich dahingehend, dass die Erkrankung sich stufenweise von unspezifischen »pseudoneurotischen« oder Negativsymptomen hin kulminierend zu einem Höhepunkt in Form von Wahnstimmung entwickelt, an dem schließlich der Übergang zur Psychose erfolgt (z.B. Conrad 1958).

Die Mannheimer ABC-Schizophreniestudie von Häfner und Mitarbeitern (1993a, 1993b, 1999) konnte erstmals an einer repräsentativen großen Ersterkranktenstichprobe nachweisen, dass der Erstdiagnose und Behandlung der Erkrankung im Mittel eine über ein Jahr dauernde psychotische Vorphase seit dem Beginn der ersten Positivsymptome vorausgeht. Bei 75 % der Patienten findet sich darüber hinaus eine weitere – im Mittel fünf Jahre dauernde – Prodromalphase mit nicht-psychotischen, jedoch in die Psychose hineinreichenden, z.B. affektiven und Negativsymptomen. Die Länge der unbehandelten Erkrankung korreliert nach einer Reihe von Studien mit einer verzögerten Remission, längerer Hospitalisation und einem schlechteren Langzeitverlauf der Störung. Außerdem wurde ein höheres Ausmaß an ungünstiger Emotionalität in der Familie, mehr Substanzmissbrauch und Delinquenz sowie eine erhöhte Depressivität und Suizidalität bei Patienten beobachtet, die längere unbehandelte Vorphasenerkrankungen hatten. Allerdings bedeutet diese Korrelation keine Kausalität, sodass erst noch geprüft werden muss, ob eine Verkürzung der Dauer der unbehandelten Psychose tatsächlich den weiteren ungünstigen Verlauf beeinflussen kann.

Bereits vor dem Auftreten erster psychotischer Symptome weisen die Betroffenen objektivierbare Symptome, subjektive Beschwerden und soziale Defizite auf. Die ABC-Schizophrenie-Studie zeigte im Frühverlauf eine Rate von 80 % für Depressivität, 24 % für Alkoholmissbrauch, 14 % für Drogenmissbrauch und den beginnenden sozialen Einbruch bereits vor Auftreten psychotischer Symptome. Am Beispiel fester Partnerschaften konnte gezeigt werden, dass diese bei später an Schizophrenie Erkrankten bereits lange vor der Diagnose auseinander gehen oder gar nicht erst geschlossen werden (Häfner et al. 1999, Nowotny et al. 1996).

Die Frühintervention muss demnach nicht nur auf die Verhinderung (einer Progression zur) der Psychose abzielen, sondern auch aktuelle Symptome und Defizite angehen und einen ungünstigen sozialen Verlauf verhindern.

Früherkennung

Für die Indikationsstellung von Frühinterventionsmaßnahmen ist eine Früherkennung beginnender Psychosen unumgänglich, zugleich ist Früherkennung auch problematisch, da Symptome häufig erst rückblickend »prodro-

mal« werden. Beispielsweise erweist sich der depressive Rückzug eines Jugendlichen, den man z. B. mit Schulversagen in Verbindung brachte, erst drei Jahre später nach dem Auftreten von Verfolgungswahn als Teil des beginnenden Krankheitsbildes.

Probleme bei der Vorhersage von Psychosen entstehen unter anderem dadurch, dass die häufigsten Frühsymptome unspezifisch sind (Jackson et al. 1995). So berichten später an Schizophrenie erkrankte Menschen als erste Symptome der Störung nahezu die identischen Probleme, wie sie auch von deutschen Studenten bei einer repräsentativen Umfrage angegeben wurden, nämlich Ängste, Leistungsversagen, Depressivität, emotionale Labilität usw. Gerade im Jugend- und frühen Erwachsenenalter sind Symptome vieldeutig. Zum einen handelt es sich ohnehin um eine schwierige Phase der sozialen und Persönlichkeitsentwicklung, zum anderen bringen einige junge Leute auch frühere kinder- und jugendpsychiatrische Störungen in diese Phase hinein mit. Außerdem zeigten große epidemiologische Studien, dass neurotische Störungen und Substanzmissbrauch fast regelhaft in dieser Lebensphase beginnen (s. auch Yung et al. 1998).

Für alle Schizophrenie-Patienten gültige biologische Marker konnten noch nicht identifiziert werden. Einige genetische, bildgebende oder neurophysiologische Verfahren differenzieren zwar zwischen Gruppen von Gesunden und Kranken, konnten ihren Beitrag zur individuellen Prognose bislang aber nicht belegen. Gruppenstatistische Unterschiede im Volumen bestimmter Hirnregionen, in den evozierten Potenzialen oder bei Stoffwechselmessungen schließen eben nicht aus, dass im Einzelfall auch langfristig Gesunde auffällige Werte haben und umgekehrt später Erkrankende vollkommen unauffällige Parameter aufweisen.

Die Bedeutung der Psychopathologie konnte durch prospektive Studien der Arbeitsgruppe von Klosterkötter (1996, 1997) zumindest an selegierten Stichproben belegt werden. Bei den so genannten »Basissymptomen« nach Gerd Huber (Gross et al. 1987) handelt es sich um selbst wahrgenommene Defizite des Denkens und der Wahrnehmung, deren Fehlen die spätere Entwicklung einer Schizophrenie nahezu ausschloss und deren Vorhandensein auf ein erhöhtes Risiko für die Entstehung schizophrener Kernsymptome in den folgenden Jahren hinwies. Auf der Ebene einzelner Symptome waren insbesondere selbst wahrgenommene Auffälligkeiten des Denkens (Gedankeninterferenzen, Gedankenabbrüche, Gedankendrängen usw.) und der Wahrnehmung (nicht-psychotische Wahrnehmungsstörungen u. Ä.) in hohem Maße psychoseprädikativ. Hier lag die Rate falsch positiver Prognosen teilweise unter 5 %.

Nach meiner Auffassung wird man sich von einer Kombination verschiedener Untersuchungsebenen hinsichtlich der Prognose am meisten versprechen können: Psychopathologie (insbesondere Basissymptome und deren Dynamik), genetische Belastung, neurophysiologische, bildgebende und neuropsychologische Untersuchungen wird man zu einem Risikoprofil zusammenführen. Dies ist letztlich auch die Strategie des Kompetenznetzes Schizophrenie mit seinem Früherkennungsverbund.

Frühintervention

Die präventive Behandlung bei drohender schizophrener Ersterkrankung kann sich bislang nur auf eine Pilotstudie, einzelne Fallstudien sowie klinische Erfahrungen stützen. Eine ausreichende Anzahl replizierter Interventionsstudien wurde bisher nicht publiziert. Grundsätzlich ist das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell der Schizophrenie als konzeptioneller Rahmen aller Frühinterventionen sehr brauchbar. Dabei stellt man sich vor, die Vulnerabilitätsschwelle z. B. durch geeignete Medikamente oder kognitives Training günstig zu beeinflussen. Gleichzeitig sollen objektiver Stress und Stressreagibilität vermindert und protektive Faktoren durch Aufbau von Problemlösefähigkeiten erzielt werden. Zweifellos müssen präventive Maßnahmen an das individuelle Risiko für die Erkrankung, an das Stadium der Vorstufe der Erkrankung und an die Erwartungen, Präferenzen und insbesondere aktuellen Symptome des Patienten angepasst werden. Auch die Ressourcen und Erwartungen des Umfeldes, insbesondere der Familie, sind zu berücksichtigen ebenso wie komorbide Störungen, insbesondere Cannabismissbrauch. Hier sind ggf. besondere Behandlungs-»Module« einzuschalten.

Zunächst orientieren sich alle Ansätze der Frühintervention an den bewährten Verfahren der Rezidivprophylaxe schizophrener Störungen. Hier haben zahlreiche Studien die Wirksamkeit biologischer Maßnahmen (insbesondere neuroleptische Rezidivprophylaxe, Verzicht auf psychotrope Substanzen usw.) belegt. Ebenso nachgewiesen ist die rezidivprophylaktische Wirksamkeit psychologischer Verfahren, beispielsweise Stressmanagement- und Problemlösetraining, kognitive Verhaltenstherapie, Psychoedukation usw. Soziale Interventionen, insbesondere der Einbezug der Familie in verschiedenster Weise, erwies sich als günstig hinsichtlich des weiteren Verlaufs der Erkrankung. Allerdings beruht die Übernahme von Ansätzen aus der Rezidivprophylaxe in die Primärprophylaxe auf einem Analogieschluss. Direkte Vergleichsstudien liegen hierzu nicht vor. Außerdem ist bekannt, dass insbesondere die Therapietreue und Mitarbeit sogar bereits schon einmal erkrank-

ter Patienten häufig nicht gegeben ist. Allerdings besteht die Hoffnung, dass vor einer ersten Psychose sich deren zerstörerische Wirkung im sozialen, psychologischen und möglicherweise auch neurobiologischen Bereich noch nicht manifestiert hat. Hierzu wird auf das Modell der Neurotoxizität von Psychosen von LIEBERMAN et al. (1997) hingewiesen.

In den letzten zehn Jahren wurden mehrere Konzepte zur Frühintervention bei drohender Schizophrenie entwickelt. Am weitesten sind die Studien hierzu in Melbourne gediehen. Hier wurden in der ersten publizierten Pilotstudie (MCGORRY et al. 2002) Patienten, die bereits kurze oder schwach ausgeprägte psychotische Symptome aufwiesen oder einen Leistungseinbruch bei bekanntem Risiko (familiärer Belastung, Geburtskomplikationen) zeigten, randomisiert entweder einer Kontrollgruppe oder einer Interventionsgruppe zugewiesen. Die Interventionsgruppe erhielt über sechs Monate eine Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie, atypischem Neuroleptikum (Risperidon bis 2 mg/die) und sozialer Unterstützung. Während sich in der Kontrollgruppe bei 36 % der Patienten Übergänge in eine Schizophrenie ereigneten, waren in der Interventionsgruppe bei vollständiger Kooperation der Patienten nur bei 10 % Übergänge in eine manifeste schizophreniforme oder schizophrene Störung nach DSM-IV zu beobachten. Andere Zentren testen den Einsatz von Antidepressiva oder ausschließlicher Psychotherapie (kognitiver Verhaltenstherapie) bei Patienten, die zuvor als prodromal identifiziert wurden.

Das erste deutsche Früherkennungszentrum »FETZ« wurde 1997 in Köln gegründet. Der Schwerpunkt der ersten, klinischen Phase des Zentrums lag auf Forschungen zur Früherkennung. Die Frühintervention orientierte sich dagegen am klinischen Einzelfall mit den in Tab. 1 dargestellten Prinzipien.

Tab. 1: Klinische Prinzipien der Frühintervention

1. Sorgfältige Diagnostik voranstellen
2. Mitarbeit fördern
3. Häufigste Symptome bevorzugt angehen
4. Selbstkonzept berücksichtigen
5. Kognitive Einschränkungen berücksichtigen
6. Wissen, Erwartungen, Ressourcen beachten

Im Früherkennungsverbund des Kompetenznetzes Schizophrenie werden seit 2000 zwei Interventionskonzepte entwickelt und erprobt. Hier unterscheidet man zwischen zwei Stadien des Prodroms bzw. zwischen zwei Risikogruppen: Aus ethischen und klinischen Erwägungen unterschied man eine

Gruppe frühprodromaler Patienten mit psychosefernen Symptomen von einer Gruppe spätprodromaler Patienten mit psychosenahen Symptomen. Einschlusskriterien für psychoseferne Patienten waren die von KLOSTERKÖTTER et al. (2001) identifizierten hochprädiktiven Basissymptome oder ein Leistungseinbruch bei vorhandenem familiären Risiko oder bekannten Schwangerschafts-/Geburtskomplikationen. Für diese Gruppe wurde ein elfmonatiges psychologisches Interventionsprogramm entwickelt, welches Einzeltherapie, manualisierte Gruppentherapie, kognitives Training und Familienberatung umfasst (HAMBRECHT et al. 2000). Diese Interventionen liefen in den beteiligten Zentren bis Anfang 2004 und werden derzeit im Hinblick auf ihre Effektivität im Rahmen dieser randomisierten Studie ausgewertet.

Im zweiten Stadium des Prodroms wurden solche Patienten als »psychosenah« identifiziert, die bereits kurzdauernde oder schwach ausgeprägte Positivsymptome aufwiesen (entsprechend der Einschlusskriterien aus Melbourne). Nach Randomisierung wurden diese Patienten in der Interventionsgruppe mit Amisulprid behandelt. Das Medikament wurde so lange aufdosiert, bis die Symptome, die zum Einschluss in die Studie geführt hatten, remittiert waren. Diese Studie wird derzeit ausgewertet. Erste Ergebnisse sprechen für einen besseren Verlauf von Basissymptomen, schwach ausgeprägten Positivsymptomen, Depressivität und sozialer Anpassung in der Interventionsgruppe.

Früherkennungszentren heute

Seit der Gründung des FETZ in Köln 1997 und der Bildung des Früherkennungsverbundes im Kompetenznetz Schizophrenie im Jahr 2000 (mit Köln, Bonn, Düsseldorf, München sowie Mannheim) haben sich im deutschsprachigen Raum weitere Früherkennungsprojekte und Spezialsprechstunden z. B. in Basel, Berlin, Hamburg und Heidelberg etabliert. Neue kommen sicherlich in den nächsten Monaten und Jahren hinzu. Viele entstanden aus aktiven Kooperationen von Jugend- und Erwachsenenpsychiatern, beispielsweise das 2003 gegründete Frühbehandlungszentrum in Heidelberg, das ebenso wie das Zentrum an der Universität Hamburg derzeit vor allem auch auf die Frühidentifikation bereits psychotisch erkrankter junger Menschen fokussiert. Besonderen Wert wird auf die kontinuierliche Begleitung von stationärer über teilstationärer bis zur ambulanten Behandlung gelegt. Das Früherkennungs- und Therapiezentrum »FETZ« Berlin-Brandenburg ist eine Kooperation zwischen der Charité und mehreren Versorgungskrankenhäusern. Es ist stark am Kölner

Modell orientiert und sah sich binnen weniger Monate einer großen Nachfrage nach Spezialdiagnostik gegenüber. Unter anderem beteiligt es sich an dem internationalem Früherkennungsprojekt »EPOS«.

Wegen des hohen Aufwandes an Zeit und Personal scheint Früherkennung derzeit nur im Rahmen von Forschungsprojekten an universitären Zentren möglich. In der klinischen Alltagspraxis wird sich dieser Ansatz erst realisieren lassen, wenn durch den Nachweis auch ökonomisch günstiger Effekte einer Früherkennung ein Sonderbudget mit den Krankenkassen ausgehandelt werden kann. Derzeit steht die Früherkennungsforschung aber noch am Anfang. Viel versprechende empirische Befunde bedürfen der Bestätigung. Allerdings ist die Entwicklung weltweit in den letzten Jahren so rasant vorangegangen, dass wir innerhalb der nächsten Jahre eine Fülle von Arbeiten zur Identifikation von Risikopersonen und zur präventiven Behandlung dieser Menschen erwarten dürfen.

Im Hinblick auf die immer wieder gestellten ethischen Fragen nach Stigmatisierung, Folgen falsch positiver Vorhersagen und unerwünschten Nebenwirkungen der Intervention ist Folgendes anzumerken: Die in die Früherkennung einbezogenen Menschen haben bereits Symptome und stehen unter Leidensdruck; Gleiches gilt für die Angehörigen. Früherkennung muss in einem adäquaten Rahmen mit viel geduldiger Zuwendung und behutsamer Aufklärung stattfinden. Insbesondere ist auf die individuellen Bedürfnisse und Symptome Rücksicht zu nehmen. Im Mittelpunkt der psychologischen Interventionen stehen supportive, übende Verfahren, die grundsätzlich jedem nutzen können. Medikamente werden nur nach enger Indikationsstellung eingesetzt.

Die Aussichten für Prävention müssten im Grunde gut sein, da wir durch die lange Prodromalphase ausreichend Zeit haben, sich in den nächsten Jahren die Vorhersage-Instrumente verbessern werden und eine Kombination der Untersuchungsebenen in greifbare Nähe gerückt ist. Aus der Rezidivprophylaxe stehen bereits gut evaluierte erfolgreiche Interventionen zur Verfügung. Das Interesse bei Öffentlichkeit und Kostenträgern für Frühintervention und Prävention von Schizophrenie ist potenziell als hoch einzuschätzen.

Literatur

Conrad K (1958) Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme-Verlag New York, Stuttgart.

Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M (1987) Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS: Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms). Springer-Verlag New York, Berlin, Heidelberg.

Neuausgabe 2002: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn

Häfner H, an der Heiden W, Hambrecht M, Riecher-Rössler A, Maurer K, Löffler W, Fätkenheuer B (1993 a) Ein Kapitel systematischer Schizophrenie-Forschung – Die Suche nach kausalen Erklärungen für den Geschlechtsunterschied im Ersterkrankungsalter. Nervenarzt, 64: 706–716.

Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A (1993 b) The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. British J Psychiatry, 162: 80–86.

Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W (1999) Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand, 100: 105–118.

Hambrecht M, Wagner M, Bechdolf A, Knost B, Maier S, Schröder C (2000) Psychologische Frühintervention bei Risikopersonen/Personen mit psychosefernen Prodromen. Unveröffentlichtes Manual. Universität Köln-Bonn.

Jackson HJ, McGorry PD, Dudgeon P (1995) Prodromal symptoms of schizophrenia in first-episode psychosis: Prevalence and specificity. Compr Psychiatry, 36: 241–250.

Klosterkötter J, Ebel H, Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM (1996) Diagnostic validity of basic symptoms. Eur Arch Psychiatry, Clin Neurosci, 246: 147–154.

Klosterkötter J, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM (1997) Sind selbst wahrnehmbare neuropsychologische Defizite bei Patienten mit Neurose- oder Persönlichkeitsdiagnosen für spätere Schizophrenie-Erkrankungen prädikativ? Nervenarzt, 68: 196–204.

Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F (2001) Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry, 58: 158–164.

Lieberman JA, Sheitman BB & Kinon BJ (1997) Endogenous neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. Neuropsychopharmacology, 17: 205 –229.

McGlashan TH, Johannessen JO (1996) Early detection and intervention in schizophrenia. Schizophrenia Bull, 22: 201–222.

McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos SM (1996) EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. Schizophrenia Bull, 22: 305–326.

McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. (2002) Can first episode psychosis be delayed or prevented? A randomized controlled trial of interventions during the prepsychotic phase of schizophrenia and related psychosis. Arch Gen Psychiatry, 59 (10): 921–928.

Nowotny B, Häfner H, Löffler W (1996) Die beginnende Schizophrenie als Einbruch in die soziale Biographie. Z Klin Psychol Psych, 25: 208–220.

Rössler W, Salize HJ, Knapp M (1998) Die Kosten der Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatr, 66: 496–504.

Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD, McFarlane CA, Francey S, Harrigan S, Patton GC, Jackson HJ (1998) Prediction of psychosis. British J Psychiatry, 172 [Suppl 33]: 14–20.

Prävention – der ewige Traum oder Erfahrungen aus England

Stefan Priebe

Im folgenden Beitrag werden zwei Themen angesprochen, die lose miteinander verbunden sind. Zum einen geht es um den Traum von einer wirksamen Prävention, und ich werde dabei versuchen, eine bewusst kritische Haltung zu vertreten, als Gegenposition zu dem zurzeit weit verbreiteten Präventionsoptimismus. Meine Sichtweise ist sehr ähnlich wie die von Richard Warner, die bereits ausführlich in diesem Buch dargelegt ist. Ich werde die Argumentation von Richard Warner an dieser Stelle nicht wiederholen, sondern mich auf wenige besondere Punkte beschränken. Das zweite Thema dieses Beitrags sind Erfahrungen aus England, einem Land, in dem die Einrichtung von speziellen Teams zur Frühintervention bei psychotischen Erkrankungen bereits in der offiziellen nationalen Gesundheitspolitik verankert ist.

Der Traum von der Prävention

Wenn man in die Geschichte der Psychiatrie zurückblickt, dann ist die Idee, dass Vorbeugen besser ist als Heilen, stets ein höchst attraktiver Traum gewesen. Schon im 19. Jahrhundert, Richard Warner hat das anklingen lassen, haben Psychiater argumentiert, dass sie die Patienten nur viel früher in die Anstalten aufnehmen müssten, um sie effektiv behandeln zu können. Damals sind die verantwortlichen Politiker dieser Argumentation gefolgt und beschlossen konsequenterweise den Bau immer größerer Anstalten, um die vermeintlich so effektive Anstaltsbehandlung den Patienten noch früher zugute kommen lassen zu können. Heute wissen wir, welche Folgen das hatte.

Der Traum von der Prävention hat auch im 20. Jahrhundert Psychiater und Gesundheitspolitiker beschäftigt. Die ersten Publikationen über gemeindepsychiatrische Ideen – der Begriff Sozialpsychiatrie ist vor 100 Jahren zum ersten Mal publiziert worden – sind immer mit dem Gedanken verbunden gewesen, man könnte in die Gemeinde gehen und das Auftreten von psychischen Erkrankungen von vornherein verhindern. Wie genau das erreicht werden sollte, war nicht so klar. Den ausgeprägtesten Gedanken dabei hatte Kraepelin, der vorschlug, Psychiater sollten die gesamte Bevölkerung im jugendlichen Alter untersuchen und dann festlegen, welche Rolle jeder übernehmen sollte – in beruflicher Ausbildung und sonstigem Werdegang – um für die Gesellschaft von größtmöglichem Nutzen zu sein.

Wenn man über Prävention redet, sollte man auch ansprechen, wohin dieser Traum zum Teil geführt hat. Dazu gehört, dass er der Eugenik sehr

geholfen hat, äußerst populär zu werden und auch eine nicht unwesentliche Rolle in der Patientenvernichtung des Dritten Reiches spielte. Der Traum ist auch von Psychiatern im Dritten Reich aufgenommen, aber nie richtig spezifiziert worden. Es wurde nie genau dargelegt, wie man denn letztendlich mit der Tötung von psychisch Kranken und auch mit der Sterilisation bei dem auch damals schon bekannten Erbgang psychischer Erkrankungen diese letztlich ausrotten wollte. Aber der Traum von einer umfassenden Prävention spielte in den Gedanken, die zur T4 Aktion führten, und in den Rechtfertigungen einiger Psychiater – implizit und explizit – eine große Rolle.

Von daher ist es – gerade in diesem Lande – angebracht, sehr vorsichtig und sehr zurückhaltend zu sein, wenn wieder einmal begeistert Ideen über die Prävention psychischer Erkrankungen vorgebracht werden.

In den letzten Jahrzehnten hat ein oft diffuser Präventionsgedanke auch in der Deinstitutionalsierung wiederholt eine Rolle gespielt – interessanterweise mehr beim politischen Laienpublikum als in der Fachpresse. So hat es immer wieder Ideen gegeben, dass gemeindepsychiatrische Einrichtungen primäre Prävention – oder zumindest sekundäre – leisten könnten. Nimmt man z. B. eine Kontaktstelle, so könnte dort den vagen Präventionsideen zufolge ein Patient mit ersten Anzeichen einer Angststörung gleich auftauchen, sich mit anderen Patienten irgendwie verbünden und so viel Unterstützung bekommen, dass sich eine schwerere Erkrankung wie eine Schizophrenie nicht entwickelt oder dass er nicht weiter erkrankt. Solche Vorstellungen haben sich, vor allem beim Laienpublikum, großer Beliebtheit erfreut und auch Investitionen in die Gemeindepsychiatrie motiviert.

Die Forschungsevidenz zur Wirksamkeit von bisher bekannten Präventionsansätzen ist ja in anderen Beiträgen schon angeklungen. Herr Hambrecht hat das im Hinblick auf die Frühinterventionen bei Psychosen ja sehr differenziert dargestellt. Zusammenfassend denke ich hierzu, dass es im Moment absolut keinen wissenschaftlichen Beleg dafür gibt, dass frühere Behandlung bei schizophrenen Patienten zu besserem Verlauf führen. Und auch die Präventionsexperimente bei anderen Störungen als der Schizophrenie sind eher enttäuschend. Ich kann hier auf die diesbezügliche Literatur nicht eingehen.

Die Risiken von Frühinterventionsstrategien sind ebenfalls in anderen Beiträgen schon angesprochen worden: Es gibt möglicherweise eine vermeidbare Psychiatrisierung von Patienten mit gutem Spontanverlauf. Man könnte alternative Bewältigungsstrategien unterdrücken. Wir wissen ja schließlich, dass es auch Patienten mit psychotischen Symptomen gibt, die ohne jede psychiatrische Behandlung durch das Leben kommen, und nicht alle von ihnen verbringen die meiste Zeit höchst unglücklich mit niedriger Lebens-

qualität und/oder völlig zurückgezogen in der eigenen Wohnung. Zudem fördern Frühinterventionen möglicherweise eine Abhängigkeit von Institutionen. Die Psychiatrie stand immer in ihrer Geschichte in der Balance zwischen sozialer Kontrolle und therapeutischem Anspruch, und es gibt die Gefahr, dass auch diese Frühinterventionen die Psychiatrie verstärkt – zumindest für die Schwerstkranken – in den Bereich der sozialen Kontrolle rücken wird.

Ich denke, man sollte auch die Motive für die Verbreitung des Frühinterventionsgedankens hinterfragen. Warum werden Frühbehandlungen so stark propagiert, obwohl noch gar keine Evidenz für ihre Wirksamkeit vorliegt und es zudem gute Gründe gäbe, eher zurückhaltend zu sein? Nicht per Zufall kommt die Entwicklung aus den USA, wo die akademische Psychiatrie schon lange an »Big Pharma« verkauft ist. Beim Thema Frühbehandlung kann das Interesse der Pharmaindustrie nicht übersehen werden, das da dahinter steht: Diese hat ein großes Interesse daran, einen immer breiteren Markt zu finden. Wenn die Menschen ein Neuroleptikum – natürlich auf viele Jahre hinaus – nehmen müssen, verspricht das einen unglaublichen Absatz und Profit.

Das Ganze steht in einem Kontext, den ich Reinstitutionalisierung genannt habe. Frühinterventionen sind in diesem Zusammenhang kein isoliertes Phänomen. Seit mindestens 15 Jahren gibt es eine Tendenz zur Reinstitutionalisierung, die jedoch in der Fachöffentlichkeit nicht diskutiert wird und in der allgemeinen Öffentlichkeit schon gar nicht: In allen europäischen Ländern gibt es eine Zunahme von forensischen Betten. In Deutschland z.B. wird viel über Geld und den Zwang zum Sparen im Gesundheitswesen geredet. Gleichzeitig wird unaufhörlich mehr Geld für forensische Betten ausgegeben, die äußerst teuer sind. Einsparungen, die in anderen Bereichen gemacht werden, werden hierdurch mehr als ausgeglichen. Die Zahl der Zwangseinweisungen ist in Deutschland rapide gestiegen. Wenn es Diskussionen gibt über gesetzliche Änderungen oder andere Handhabungen von existierenden Gesetzen, dann stets im Sinne einer Erleichterung von Zwangsbehandlungen. Es gibt eine deutliche Zunahme von Plätzen im betreuten Wohnen in ganz Europa, was ebenfalls kaum diskutiert wird. Es gibt »assertive outreach«. Dieser Begriff sagt Ihnen vielleicht (noch) nichts: Es geht um eine international zunehmend verbreitete Organisation von Teams für Patienten, die man im Englischen »difficult to engage« nennt. Diese Patienten kommen schlecht mit den herkömmlichen Angeboten psychiatrischer Einrichtungen zurecht und umgekehrt. Es sind Patienten, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben wollen, aber doch irgendwie leiden oder durch ihre Erkrankung auffällig oder kriminell werden. Diese Patienten werden mit assertive outreach, also mit intensiver und nachdrücklicher aufsuchender Tätigkeit, doch in die Psychiatrie eingebunden, und dies auf einer fraglichen legalen und ethischen Grundlage. Die Tendenz der Reinstitutionalisierung ist beim assertive outreach unübersehbar, und ich denke, dass wir auch Frühinterventionen im gleichen Kontext sehen müssen. Es gibt dabei – obwohl ich Frühinterventionsversuche keinesfalls grundsätzlich verdammen möchte – immer die Gefahr der Zwangsbeglückung. Es besteht die Gefahr der Psychiatrisierung, ohne dass die Psychiatrie effektive Behandlungsmethoden wirklich nachgewiesen hat, ebenso wie sie z.B. im 19. Jh. ihren eigenen Status und ihre eigene Macht durch den Ausbau der Anstalten erweitert hat und mehr Patienten früher in die Psychiatrie holte.

Erfahrungen aus England

Die Gliederung der Versorgung im nationalen Gesundheitssystem, dem National Health Service (NHS), kann ich hier nur kurz in den Grundprinzipien skizzieren: Es gibt wie in den meisten anderen Ländern – aber nicht in Deutschland – eine klare Unterscheidung zwischen der primären, sekundären und tertiären Versorgung. Die primäre Versorgung verkörpert der Allgemeinarzt, zu dem zunächst jeder gehen muss, der einen Psychiater oder einen anderen Spezialisten sehen will. Die sekundäre Versorgung bilden gemeindepsychiatrische Teams. Und die tertiäre Versorgung durch spezialisierte Einrichtungen überspringe ich jetzt.

Epidemiologische Studien zeigen, dass etwa 250 Menschen auf 1000 Einwohner im Jahr eine psychische Erkrankung haben. Einer Studie von Goldberg und Huxley zufolge haben davon ungefähr 230 Kontakt zum Allgemeinarzt (General Practitioner), der bei 110 von ihnen eine psychische Erkrankung diagnostiziert und davon 40 weiter an sekundäre psychiatrische Dienste überweist. Allgemeinärzte haben in der Regel nur einen einzigen Zugangsweg zur sekundären Versorgung durch das gemeindepsychiatrische Team, das dann ergänzt wird durch weitere mehr spezialisierte Teams z.B. für assertive outreach und Rehabilitation sowie die Akuteinrichtungen.

Nur in Teams in der Gemeinde gibt es Fachärzte und »Keyworker«, die langfristig für die Kontinuität und Koordination aller Interventionen zuständig sind. Das heißt, es gibt – im Prinzip (in der Praxis ist die Situation komplexer) – keinen Facharzt, der ausschließlich im Krankenhaus arbeitet. Jeder Facharzt ist gemeinsam mit einem gemeindepsychiatrischen Team für ein bestimmtes Einzugsgebiet zuständig, d.h. zunächst mit vollständiger Versorgungsverpflichtung für alle dort wohnenden Patienten und kann mög-

licherweise dann an spezialisierte Teams weiter verweisen. Gemeindepsychiatrische Teams sind multiprofessionelle Teams, die unterstützt werden durch spezialisierte Dienste. Zu solchen spezialisierten Diensten können Rehabilitationsteams gehören, eine Tagesklinik, Teams für die Akutbehandlung zu Hause, Einrichtungen für ethnische Minderheiten sein und auch Teams für assertive outreach und neustens eben auch die Frühinterventionsteams. Diese Teams haben Verbindungen nicht nur mit den o.g. gemeindepsychiatrischen Teams der Erwachsenenpsychiatrie, sondern auch mit – ebenfalls in der Gemeinde arbeitenden – Diensten für psychisch kranke Jugendliche.

Das Frühinterventionsteam ist im Regelmodell ein unabhängiges Team, das zwischen Diensten für Jugendliche und Erwachsene steht, in der Gemeinde arbeitet, Patienten überwiesen bekommt und zusammenarbeiten kann mit den Akuteinrichtungen wie halt andere Dienste auch.

Frühinterventionsteams sind in England eingeführt worden ohne wissenschaftliche Evidenz für ihre Effektivität, sondern aus einem ganz einfachen pragmatischen Grunde. Man wollte mehr Geld haben für die Psychiatrie. Dabei gibt es zwei Möglichkeiten an Politiker heranzutreten. Entweder man sagt ihnen: »Wir haben gemeindepsychiatrische Teams, die sind ganz prima, und nun geben Sie uns bitte mal 100 Millionen, damit die gemeindepsychiatrischen Teams das, was sie ohnehin schon machen, noch besser machen.« Oder man sagt: »Geben sie uns bitte 100 Millionen für 200 völlig neue Teams. Die machen etwas Neues, was bisher gefehlt hat, und diese zusätzliche Errungenschaft können Sie sich dann auf Ihre Fahnen schreiben.« In England war es der viel attraktivere Weg, neue Teams für zusätzliche Funktionen zu fordern. Entsprechend wurde ein Plan für die Entwicklung des NHS zusammengestellt. Dieser sieht unter anderem 50 neue Frühinterventionsteams vor. Zurzeit gibt es offiziell ungefähr 33 Teams zur Frühintervention. Diese Zahl steigt jedoch ständig. In der Praxis variieren die Modelle und umfassen ein Spektrum von Ansätzen von allein stehenden Teams, die nichts anderes tun als Frühinterventionen, bis zu integrierten Funktionen in allgemeinen gemeindepsychiatrischen Teams, wo dann quasi ein Unterteam sich speziell mit Frühintervention beschäftigt.

Wie sind die Erfahrungen? In der Regel, wie das mit den meisten neuen Teams ist, hat man erst mal engagiertes und motiviertes Personal. So entstehen gute Behandlungsangebote, in denen psychologische Modelle und auch psychologische Kompetenz dominieren. Oft sind diese Dienste von Psychologen geleitet und verfügen über eine relativ gute Personalausstattung. Gelegentlich werden sie von Allgemeinärzten und Angehörigen – im Vergleich

zu anderen Einrichtungen – als bessere und intensivere Psychiatrie betrachtet. Aber es gibt bereits die üblichen Schwierigkeiten, die viele neue Teams nach einigen Jahren haben. Das erste Problem ist zu entscheiden, wie lange eine Frühintervention dauern kann. Alle diese Teams haben die Tendenz, ihre Patienten zu behalten und nicht weiter zu überweisen. Das heißt, man nimmt immer auf, aber entlässt kaum. Das spezifische Behandlungsprogramm dieser Teams sollte eigentlich nach drei Jahren abgeschlossen sein. In der Praxis findet man immer einen Grund, warum dieser und jener Patient noch dableiben sollte. Ein weiteres Problem ist die Fragmentierung eines Systems durch neue Teams. Zwar ist die Fragmentierung des Versorgungssystems in England bei weitem nicht so ausgeprägt wie in Deutschland. Aber auch in England bedeutet jedes neue Team zehn neue Formulare, mehr Telefonanrufe und kompliziertere Kommunikation. Und dann kann die Integration mit den anderen Einrichtungen schwierig sein. Was macht man, wenn die Patienten des Frühinterventionsteams mal akut auf die Station müssen? Ist dann z.B. der gleiche Arzt zuständig und wie wird das konkret organisiert? Für solche und ähnliche Probleme gibt es keine ideale Lösung, nicht einmal im gut integrierten und umfassend geplanten NHS.

Fazit

Der Präventionsgedanke ist in der Psychiatrie immer sehr attraktiv gewesen. Nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung. Wer wollte nicht lieber vorbeugen als heilen? Aber der Traum ist eben auch nicht nur mit Grenzen, sondern auch mit bedeutsamen Gefahren verbunden, über die man sich – so glaube ich – im Klaren sein sollte und die eine gewisse Skepsis rechtfertigen. Die wissenschaftliche Evidenz für primäre Präventionsansätze in der Psychiatrie steht im Wesentlichen noch aus. Ich glaube, hierüber wird es kaum einen Disput geben. Und für die nächste Zeit wird man ein pragmatisches und hoffentlich ein wissenschaftlich geleitetes Vorgehen suchen. Ob uns die Lobbyarbeit von Big Pharma dazu Zeit lässt, ist eine zweite Frage, aber als Wissenschaftler würde man dafür argumentieren. Das englische Experiment hat bisher keine wissenschaftliche Evidenz zur Effektivität von Prävention erbracht, aber manch praktisch wertvolle Erfahrung, wie solche Dienste arbeiten können, welche Schwierigkeiten entstehen und welche Konsequenzen unterschiedliche Modelle haben können.

Niedrigschwellige, stadtteilbezogene Kontaktmöglichkeiten

Klaus Obert

Einführung und Problemaufriss

Diskussionen um Prävention und Definitionsversuche sind für jemand, der seit über 25 Jahren mit chronisch psychisch kranken Menschen im Gemeinwesen arbeitet, um deren Verbleib mit mehr Lebensqualität zu gewährleisten, oft nicht einfach nachzuvollziehen und zu verstehen. Dies gilt gerade und besonders in Zeiten, in denen die ökonomischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen die ambulante Grundversorgung für die schwierigsten und hilfsbedürftigsten Menschen gefährden.

Diese Widersprüchlichkeiten möchte ich kurz benennen, bevor ich darauf eingehe, wie Niedrigschwelligkeit umgesetzt und an welchen Indikatoren sie sichtbar gemacht werden kann. Die Niedrigschwelligkeit verlangt spezifische Anforderungen von den Professionellen. Schließlich lassen sich fünf Thesen an eine praxisgeleitete, sozialpsychiatrisch orientierte Prävention formulieren, die von der regionalen Versorgungsverpflichtung ausgeht.

Ich beginne mit einer provokativen Äußerung aus der Triestinischen Psychiatrie, die neuerdings bei Dörner (2003) wieder zu finden ist. Basaglia, Rotelli und mit ihnen die Equipe von Triest forderten in den 70er-Jahren, dass die beste Prävention diejenige ist, die der Prävention zuvorkommt. Wie ist ein solches Paradoxon zu verstehen und einzuordnen:

»Vorbeugen? – Vielleicht heißt das nur dem chronischen Zustand vorbeugen – als der einzigen Möglichkeit von Primärprävention. Vielleicht befinden wir uns noch in einer prähistorischen Phase; vielleicht ist es noch zu früh, von Prävention zu sprechen, es sei denn als theoretisch-praktische Kritik der Prävention.« (De Leonardis, Mauri, Rotelli, in Wambach 1983, S. 273)

Noch radikaler positionieren sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus einem Zentrum für seelische Gesundheit in Triest:

»Angesichts unserer Bemühungen, Krankheit in der trostlosen Atmosphäre anstaltsförmiger oder jedenfalls institutioneller Unterdrückung zu bekämpfen, erscheinen uns der Begriff Prävention oder die Ausarbeitung von Präventionsschemata wie vage, hohle und heuchlerische theoretische Spielereien … (Es) lässt sich sagen, dass es uns einfach dumm und sinnlos vorkam, zu präventiven Zwecken Kranke dort zu suchen, wo sich keine befanden, z. B. in den Schulen, während gleichzeitig 1200 Patienten an ein und demselben Ort zusammengepfercht waren.« (Battiston et al., in Wambach 1983, S. 244 und 247)

Analoges findet sich wieder bei Dörner (2004, S. 73 ff. und S. 175 ff.), wenn er fordert, bei den Schwierigsten zu beginnen, beim Letzten anzufangen und die Akut-Psychiatrie neu zu entdecken, in dem sie vom Blickwinkel der Lebenslage und des Hilfebedarfs der chronisch psychisch kranken Menschen aus definiert wird.

Werden diese Forderungen und Haltungen auf die tägliche Arbeit bezogen und heruntergebrochen, riskiert die ursprüngliche Caplansche Aufteilung von Prävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Caplan 1964) in eine Schieflage zu geraten. Sie riskiert künstliche Trennungen und eine ideologische Verschleierung von objektiven Realitäten, z. B. die momentan zu beobachtende Verschlechterung der finanziellen Rahmenbedingungen und damit auch der personellen Ressourcen für die Hilfen der Menschen, die am weitestgehenden ausgegrenzt sind und über die geringsten Möglichkeiten und Fähigkeiten verfügen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Prävention ist und bleibt, um die Diskussion aus der italienischen Sackgasse einseitiger Zuspitzungen herauszuholen, gleichermaßen ein höchst ambivalentes und in sich riskantes »Geschäft«: Belagern wir auf der einen Seite fürsorglich und wohlmeinend die Lebenswelt durch das »Soziale« und gewinnt darüber (Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle) die Imperative des ökonomischen Systems die Oberhand über die Mikro- und Makroprozesse der Lebenswelt (Habermas 1993)? Fördern oder behindern wir den Eigensinn des individuellen Alltags durch professionelles Handeln aufgrund der subtilen, nicht einfach zu durchschauenden Kontrollmechanismen, die andererseits – und das wissen wir aus unserer täglichen, sozialpsychiatrischen Arbeit nur allzu gut – allerdings auch hilfreich sein können?

Ich würde das »italienischen Paradoxon«, der »Prävention zuvorzukommen« erweitern und verändern. Einer selektiven Prävention zuvorzukommen ist nur möglich, wenn sie in der Alltagsarbeit ansetzt, bei den Schwierigsten und den am meisten ausgegrenzten Menschen beginnt. Wie eine solche sich zunächst widersprüchlich anhörende Forderung schrittweise umgesetzt werden kann, versuche ich durch die niedrigschwellig arbeitenden Sozialpsychiatrischen Dienste mit Versorgungsverpflichtung in Stuttgart zu beleuchten.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart sind zuständig für die ambulante Betreuung und Begleitung der (chronisch) psychisch kranken Menschen ihres jeweiligen Einzugsgebietes und übernehmen die Aufgabe der Versorgungsverpflichtung mit den anfallenden Pflichtaufgaben.

Ziel ihrer Arbeit ist die Vermeidung und Verkürzung stationärer Einweisungen sowie die Förderung von Lebensqualität ihrer Klienten und Klientinnen und deren Verbleib im Gemeinwesen. Neben den oben beschriebenen Aufgaben und Funktionen haben die acht Sozialpsychiatrischen Dienste die Koordinationsfunktion innerhalb des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Eine weitere wichtige Aufgabe besteht in der Funktion einer Anlaufstelle für Anfragen jeglicher Art aus dem jeweiligen Einzugsgebiet bezogen auf psychosoziale und psychiatrische Fragestellungen.

Die acht Sozialpsychiatrischen Dienste in Stuttgart werden vorrangig von der Kommune und einem Zuschuss des Landes Baden-Württemberg pauschal finanziert. Der Trägeranteil beträgt ca. 15 %. Mit der Stadt Stuttgart wurde ein Kooperationsvertrag abgeschlossen, in dem Aufgaben, Organisation, Trägerschaft und Finanzierung geregelt sind. Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste sind der Caritasverband, die Evangelische Gesellschaft und das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart. Der Stellenschlüssel beträgt eine Personalstelle auf 25 000 Einwohner/-innen.

Was heißt: Niedrigschwellige Kontaktmöglichkeiten und offene stadtteilbezogene Arbeit?

Anhand verschiedener Indikatoren soll die Funktion der niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstelle dargestellt und vermittelt werden:

Als *erstes* ein Blick auf die Zahlen: Sie stellen einen so genannten harten Indikator für die Bekanntheit und auch Akzeptanz der Sozialpsychiatrischen Dienste im Stadtteil dar und sind gleichzeitig ein Hinweis auf die sozial-räumliche Nähe der Dienste zu ihrem Einzugsgebiet. Die Dienste betreuen kontinuierlich insgesamt ca. 1500 chronisch psychisch kranke Menschen pro Jahr. Hinzu kommen jährlich ca. 1200 Anfragen, bei denen es um Vermittlung in andere therapeutisch-pädagogische Angebote geht. Es handelt sich um »Kurz- und indirekte Kontakte« mit Menschen, bei denen aufgrund der Problemstellung der Sozialpsychiatrische Dienst nicht für die Begleitung und Betreuung zuständig ist. Die Anfragen stammen aus allen Bereichen und Feldern des Einzugsgebietes: Von Ärzten, Beratungsstellen, sozialen Diensten, Sozialstationen, vom Sozialamt, vom Amt für öffentliche Ordnung, von der Polizei, aus Kirchengemeinden, von Nachbarn, Angehörigen, Freunden und Bekannten.

Die Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Dienste bezüglich dieser Anfragen besteht in der Abklärung der Situation, der Probleme und Konflikte sowie der vorhandenen Ressourcen und in der Erarbeitung einer gemeinsamen

Antwort. In der Regel wird an eine andere Stelle vermittelt, z. B. an eine Beratungsstelle, zum Nervenarzt, in die Suchtkrankenhilfe etc.

Aufgrund der Komplexität und Unterschiedlichkeit dieser vielen Anfragen wird von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine hohes Maß an Kompetenz, Offenheit und Aufmerksamkeit benötigt.

Der *zweite* Indikator besteht im zentralen Qualitätsstandard sozialpsychiatrischer Arbeit: In der ambulant aufsuchenden, flexiblen Tätigkeit. Dieser Standard beinhaltet gleichermaßen, dass die Tagesstätte (räumlich angebunden an den Sozialpsychiatrischen Dienst) die Funktion einer niedrigschwelligen Anlaufstelle übernimmt, die von psychisch kranken Menschen »einfach so« aufgesucht wird. An dieser Stelle ist erläuternd anzumerken, dass die Tagesstätten in Baden-Württemberg nicht wie in den meisten anderen Bundesländern ein teilstationäres, sondern ein ambulantes und offenes Kontakt- und Hilfeangebot sind.

In der verbindlichen Kooperation mit der Wohnungsnotfallhilfe, der Suchtkrankenhilfe, der Altenhilfe und Forensik findet eine niedrigschwellige Schnittstellenarbeit statt, die ein weiteres, wesentliches Element in der niedrigschwelligen ambulanten Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste bedeutet.

Der *dritte* Indikator niedrigschwelliger sozialpsychiatrischer Praxis ist die Arbeit in und mit dem Gemeinwesen. Dies bedeutet das Kennenlernen der jeweiligen Alltagskultur, das Wissen darüber immer wieder zu aktualisieren wie und welche Prozesse im Stadtteil ablaufen, welche Rituale und Gewohnheiten zu berücksichtigen und in die Arbeit einzubeziehen sind. Auch die Lektüre der lokalen Zeitung ist diesbezüglich nicht unwichtig.

So weist z.B. ein sozialer Brennpunkt andere Umgangsformen, Lebenspläne und -entwürfe, andere Kommunikationsstrukturen und Beziehungsmuster auf als ein gut situierter, bürgerlicher Stadtteil. Auf der einen Seite treffen wir auf eine latent vorhandene funktionale Solidarität (im Hinblick auf den Umgang mit staatlichen Autoritäten wie Polizei, Amt für öffentliche Ordnung, sozialen Diensten und Einrichtungen) im Unterschied zum eher verschlossenen, hinter zugezogenen Gardinen auf sich zurückgeworfenem Familienleben mit dem entsprechenden Klima des kleinbürgerlichen Milieus auf der anderen Seite. Auch hier ist von Seiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein hohes Maß an Offenheit und Bereitschaft erforderlich, sich kontinuierlich mit dem Stadtteil auseinander zu setzen, das Wissen immer wieder zu aktualisieren, um situationsorientiert Antworten zu erarbeiten und sie gemeinsam mit den beteiligten Akteuren umzusetzen.

Der *vierte* Indikator ist in der engen Kooperation und Vernetzung der Arbeit mit den sozialen Diensten und Einrichtungen vor Ort angelegt (Netz-

werkarbeit). Diese lässt sich aufteilen in eine fallbezogene und nicht fallbezogene Netzwerkarbeit. Nicht fallbezogene Netzwerkarbeit findet statt in Stadtteilrunden, in der Kontaktpflege mit Kirchengemeinden und deren Angeboten, mit Vereinen und Initiativen vor Ort etc.

Der *fünfte* Indikator besteht in der Kontaktpflege und der Arbeit mit der Politik und der Öffentlichkeit (Thiersch: Konzept der offensiven Einmischung). Die Zusammenarbeit mit den Politikern und Politikerinnen sowie den Verantwortlichen aus der Verwaltung findet nicht nur während der Zeit des Wahlkampfes statt oder wenn von der Politik sozialpolitische und finanzielle Entscheidungen benötigt werden. Sie wird über das ganze Jahr hinweg umgesetzt, z.B. in der Einladung zu Hospitationen, zu Festen, in der kontinuierlichen gegenseitigen Information über fach- und sozialpolitische Prozesse, aber auch über die Bedarfe und Defizite des Gemeinwesens.

Hinzu kommt als gleichermaßen wichtiges Element der kontinuierliche und vertrauensvolle Kontakt mit der Presse, um die sozialpsychiatrische Arbeit in den Medien entsprechend dargestellt und vermittelt zu bekommen.

Der *sechste* Indikator liegt in der Gestaltung der Räumlichkeiten und wie einfach diese jeweils zu finden sind. Innerhalb dieses Indikators nehmen der Empfang und der Telefondienst als so genannte Eingangspforte zum Sozialpsychiatrischen Dienst eine besondere Bedeutung ein.

Meines Erachtens handelt es sich hier um die zentralen Indikatoren für Niedrigschwelligkeit und damit auch letztlich für eine in der praktischen Arbeit integrierten und angelegten Prävention. Zur Umsetzung ist eine spezifische professionelle Haltung und Methode erforderlich.

Anforderungen an die Professionalität

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind gleichzeitig für die so genannten schwierigsten und randständigsten psychisch kranken Menschen ihrer Region zuständig *und* Anlaufstelle für Anfragen jeglicher Art aus dem psychiatrischen und psychosozialen Bereich. Dabei handelt es sich nur um einen vermeintlichen Widerspruch (Versorgungsverpflichtung für chronisch psychisch kranke Menschen und Primärprävention). Durch die Verknüpfung dieser beiden zentralen Aufgaben in einem Dienst kann das Risiko der Selektion des so genannten leichteren vom schwereren Fall vermieden werden. Jedoch stellt dieses Spektrum ein hohes Maß an Anforderungen an die Professionalität der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind m.E. die *alltags- und lebensweltorientierten Handlungsregeln und -maximen* am ehesten dafür geeignet:

- Alltagsorientierte Sozialpädagogik stellt den Menschen im sozialen Feld, in seiner Lebenswelt in den Mittelpunkt des Handelns. Der Respekt vor dem anderen und dem Anderssein, die Akzeptanz und Förderung des Eigensinnes der Adressaten sind grundlegend für das Handeln (Thiersch, in Rauschenbach 1993, S. 13).
- Der Mensch wird als soziales Wesen gesehen, das die Aufgabe hat, aktiv in Interaktion mit seinem Umfeld die Kompetenzen zu erwerben, die es ihm ermöglichen, das Aufgegebene zu bewältigen und das Neue zu integrieren. Die Gestaltung des Ortes, des Lebensraumes, der überschaubaren Zeit und der Beziehungen im sozialen Gefüge mit den darin geltenden Rollen, Aufgaben, Regeln und Bedeutungsmustern sind für das Individuum zentrale Aufgaben. Im Versuch ihrer Bewältigung lernt der Mensch als soziales Wesen, sich in seiner Lebenswelt zurechtzufinden, sich die Kompetenz anzueignen und in der Spannung von Verlässlichkeit und Neuem einen gelingenden Alltag zu gestalten (Thiersch 1986, S. 34–38; Kosik 1986, S. 63 ff. und 71 ff.).
- Überlegungen und Konzepte zu *Gesundheit und Krankheit* beziehen sich darauf, ob und wie die sich stellenden Alltagsaufgaben so bewältigt werden können, dass das Individuum mit und in seinem Umfeld in der Lage ist, immer wieder einen zufrieden stellenden Ausgleich herzustellen (*gelingender Alltag*). Erst wenn dieser Ausgleich und die Befindlichkeit von Individuum und Umgebung auseinander driften und damit Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten nicht in adäquatem Maße vorhanden sind, können Spannungen, Irritationen, Missverständnisse und in fließendem Übergang krankheitsrelevante Verhärtungen entstehen (Thiersch 1996, S. 123). Der *multifaktorielle Ansatz* und das damit verbundene *Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren* wie die somatisch-genetische Konstitution, die psychischen (sozialisationsbedingten) Entwicklungsmöglichkeiten bzw. -einschränkungen sowie defizitäre und unzumutbare materielle und soziale (gesellschaftlich bedingte und bestimmte) Gegebenheiten führen letztlich zur Manifestation der Erkrankung. Sie bestimmen Art und Intensität, ob z.B. eine Sucht-, psychosomatische oder psychotische Erkrankung oder was auch immer entsteht.
- Dieses Verständnis von Gesundheit mit dem dahinter stehenden Menschenbild bestimmt die Folgen für die *methodische Orientierung*. Sie vollzieht sich auf verschiedenen Ebenen:
- Professionelles Handeln findet *in der Lebenswelt des Adressaten* statt und versucht, sich der Situation anzupassen (*situativ bestimmtes Handeln*). Die vor Ort vorgenommene Einschätzung und Bewertung der Gesamtsitua-

tion schließt jedoch unter Umständen nicht aus, dass eine (kurzfristige) Herausnahme des/der Betroffenen aus seiner Umgebung erforderlich ist. Dies widerspricht auch nicht der Maxime der *Regionalisierung*. Vielmehr kommt es darauf an, dass Krisenzentren, Wohngemeinschaften etc. gemeindenah und dezentral eingerichtet werden und eng vernetzt mit den anderen Hilfen zusammenarbeiten. Wesentlich dabei ist, wie die Betroffenen ihren *Raum*, ihre *Zeit* und das *soziale Gefüge* gestalten, welche Defizite dabei hinderlich sind und welche Begleitung und Unterstützung sie benötigen. Die gleichzeitige Orientierung an der *Ganzheitlichkeit* schließt zwangsläufig den Blick auf die somatische Befindlichkeit mit möglichen Folgehandlungen ein.

- Ein weiteres Ziel besteht in der Klärung, *welche Hilfe, Unterstützung und Begleitung* die Betroffenen und/oder das Umfeld benötigen. Der Spagat zwischen der Förderung von Selbsthilfe und der notwendigen Berücksichtigung von fürsorglichem Handeln geht von der Erhaltung, Erschließung und Förderung von Ressourcen aus. Darüber wird versucht, handlungseinschränkende und gesundheitsschädliche Defizite zu verringern. Alltagsorientiertes Handeln versucht dem Risiko zu entgehen, einerseits die Selbsttätigkeit einzuschränken und andererseits, die Betroffenen allein zu lassen und aufzugeben durch behutsames, kompetentes, (selbst-)reflexives Handeln. Darin soll der nötige Grad der Unterstützung jeweils austariert werden (Thiersch, in Rauschenbach et al. 1993, S. 23–26).
- Alltagsorientiertes, professionelles Handeln in der Sozialpädagogik konstituiert sich durch die *situationsadäquate Anbahnung des Kontaktes* und die Herstellung von *Vertrauen* als Grundlage für die (weitere) Hilfeplanung und Gestaltung der Hilfe. Situationsadäquater Einstieg in eine Betreuung kann aber auch heißen, aufgrund vorliegender Dringlichkeit umgehend und sofort (auch gegen den Willen) des/der Betroffenen zu handeln, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung besteht. Diese Aufgabe kollidiert mit den pädagogischen Prinzipien von Freiwilligkeit sowie dialogischem und partnerschaftlichem Herangehen und Umgang, um darüber einen Kontakt anzubahnen und dieses Fundament so weit wie möglich für die längerfristige Betreuung aufrechtzuerhalten. Und doch widerspricht sozialpädagogisches Handeln gegen den Willen des Betroffenen, wenn alle anderen Mittel ausgeschöpft sind, nicht dem *Auftrag von Hilfe und Kontrolle*.
- Die Begleitung und Unterstützung orientiert sich an den *zentralen Kategorien* alltagsorientierter Ansätze. Das sind die Strukturierung und Gestaltung des Ortes (Lebensraum), der Zeit in Verbindung mit der Sinnhaftigkeit von Tun und Beschäftigung und der Kommunikation und

Beziehungen im sozialen Gefüge. Ein weiteres wichtiges Ziel im Verlauf einer Betreuung besteht darin, immer wieder zu prüfen und zu klären, wie lange eine *Betreuungsepisode* dauern soll. Ob und wie wird kontinuierliche Betreuung über Jahre hinweg und in welcher Intensität gestaltet und legitimiert? Ab wann ist eine Beendigung oder Pause nötig und kann verantwortet werden (Thiersch 1995, S. 23–40)?

Alltagsorientierte Sozialpädagogik heißt weiter,

- dort zu beginnen, wo der Klient/die Klientin steht, was jeweils der Fall ist, ihn in gegebenen Verhältnissen zu unterstützen, sich aber auch in sozialpolitische Planungsprozesse einzumischen und auf die Verbesserung der Lebensbedingungen und -möglichkeiten der Adressaten hinzuarbeiten,
- materielle und soziale Grundlagen (wieder-)herzustellen und abzusichern, Ressourcen vor Ort aufzutun, zu stabilisieren und zu fördern; das Leben im Gemeinwesen objektiv sicherer zu gestalten,
- alltägliche und professionelle Hilfen zu koordinieren und zu vernetzen.

Des Weiteren besteht sozialpädagogisches Handeln darin, trotz aller Einschränkungen und Eingrenzungen durch die jeweiligen Gegebenheiten

- die Gegenseitigkeit zu wahren,
- das Verhältnis von Nähe und Distanz auszuloten,
- sich der Lebenswelt auszusetzen, sich darauf einzulassen, aber auch notwendigerweise in reflexive Distanz zu gehen, zu provozieren, zu verfremden und gleichzeitig zu stützen,
- mit Fantasie und Kreativität an die Aufgaben heranzugehen, in schwierigen Situationen zu vermitteln und Kompromisse auszuhandeln,
- offen und umfassend zu handeln, aber auch zu strukturieren, durchzuhalten, Geduld walten zu lassen, zu planen, zu organisieren und zu managen, schematisch ordnend eine gegliederte Offenheit zu praktizieren (Thiersch 1986, S. 42–52; Thiersch, in Rauschenbach et al. 1993, S. 17–26; Thiersch 1995, S. 23–40).

Die *strukturelle Ebene* ist durch das Ziel bestimmt, bestehende *Netze im Alltag* der Adressaten zu erhalten, zu stabilisieren und zu fördern. Das heißt professionelle Hilfe setzt am *Prinzip der Normalisierung* an, indem zunächst geprüft wird, welche nichtprofessionellen Hilfen in der Lebenswelt noch bestehen und gefördert werden können, aber auch immer wieder zu definieren, ab wann und in welcher Intensität professionelle Hilfe einzusetzen ist und wie sie jeweils auszusehen hat. Auch in der lebensweltorientierten Sozialpädagogik gilt der Grundsatz des *Vorrangs ambulanter vor stationären Hilfen*.

Die *gesellschaftliche Dimension* beinhaltet das Ziel, sowohl fallbezogen auf Veränderungen von Strukturen im Lebensfeld hinzuwirken als auch über sozialpolitische Arbeit und Engagement die Veränderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen mitzuerarbeiten. Diese Aktivitäten sollen mit zur Ausweitung der Grenzen der Normalität im gesellschaftlichen Alltag, zu mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und damit auch zu mehr Freiheit, Gerechtigkeit und Humanität beitragen (Kosik 1986, S. 212–247; Thiersch 1986, S. 34–41 und 1995, S. 23–40). Gleichwohl geschieht die Umsetzung dieses Ziels im Bewusstsein, dass alltagsorientierte Sozialpädagogik per se durch die Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle bestimmt ist (Thiersch, in Rauschenbach et al. 1993, S. 22 ff.). Dies gilt vor allem dann, wenn sie mit dem Auftrag der regionalen Versorgungsverpflichtung verbunden ist, wie dies beim hier untersuchten Sozialpsychiatrischen Dienst der Fall ist.

Zusammenfassung

Prävention muss m.E. eine praktische Prävention sein, die beim Schwierigsten beginnt und letztlich eine Haltung und eine Methode gegen Chronifizierung bedeutet: »Präventiv arbeiten heißt zurückweisen, kämpfen, ein Bollwerk gegen die Psychiatrisierung von Problemen errichten, die nichts Psychiatrisches an sich haben. Dem Eintritt in den Kreislauf der psychiatrischen Versorgung beugen wir vor, in dem wir einen Schutz aufbauen, ohne uns auf das Spiel der technischen Kompetenzen einzulassen, in dem wir versuchen, gemeinsam mit den Menschen die bei uns ankommen, den Weg zurück zu verfolgen, der sie in die Psychiatrie geführt hat.« (Rotelli, in Wambach, S. 248)

Bei den Schwierigsten und Schwächsten beginnen: Nur darüber können die Grenzen der Normalität »aufgeweicht werden«. Die Grenzen der Normen und Werte auszuweiten ist – so meine These – für alle Bürger und Bürgerinnen besser zu bewerkstelligen, wenn die *Rahmenbedingungen und Lebenslagen der randständigen Menschen im Gemeinwesen* stabilisiert und gesichert werden.

Lebensräume für und mit diesem Personenkreis zu eröffnen, zu entwickeln und zu erarbeiten, führt dazu, die Normen und Werte des Alltagslebens in Richtung *vermehrter Toleranz und Akzeptanz des Andersseins* zu verändern.

»Das Zentrum für psychische Gesundheit ist nach der Anstalt und dem Diagnose- und Behandlungsdienst der Knotenpunkt des psychiatrischen Versorgungssystems; es ist folglich der geeignete Ort, um der Psychiatrie eine Herausforderung zu präsentieren, ein Ort für die konkrete Prävention von

Krankheit. Damit wir uns recht verstehen: Wenn man ein wichtiges Experiment à la Kingsley Hall irgendwo außerhalb der Stadt durchführt, so kann daneben jede Art der psychiatrischen Repression fort bestehen.« (Rotelli, in Wambach, S. 249)

Praktische Prävention heißt, auch den schwierigsten und randständigsten Personengruppen ein *Leben im Gemeinwesen zu gewährleisten* mit allen Rechten und Pflichten des Bürgers in der demokratisch verfassten Gesellschaft.

Diese Ziele können nur dann sukzessive umgesetzt werden, wenn *Orte und Räume niedrigschwelligen Zugangs* für ausgegrenzte Menschen im Gemeinwesen eingerichtet werden. Über die niedrigschwellige Anlaufstelle für Anfragen jeglicher Art werden gemeinsam mit den Betroffenen und ihren Angehörigen Selbsthilfefähigkeiten und Ressourcen gefordert und gefördert.

Literatur

Caplan G (1964) Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York.

Dörner K (2003) Die Gesundheitsfalle – Woran unsere Medizin krankt – Zwölf Thesen zu ihrer Heilung. Econ Verlag, München.

Grunwald K, Thiersch H (Hg.) (2004) Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit – Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Habermas J (1993) Der philosophische Diskurs der Moderne. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt/Main, 4. Auflage.

Kosik K (1986) Die Dialektik des Konkreten – Eine Studie zur Problematik des Menschen und der Welt. Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Frankfurt/Main, 1. Auflage.

Obert K (2001) Alltags- und lebensweltorientierte Grundlagen sozialpsychiatrischen Handelns. Psychiatrie -Verlag, Bonn.

Rauschenbach T et al. (1993) Der sozialpädagogische Blick – Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Rotelli F (1994) Per la normalita. Stampa litografia Ricci, edizione E, Trieste.

Thiersch H (1986) Die Erfahrung der Wirklichkeit: Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Juventa Verlag, Weinheim und München.

Thiersch H (1995) Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Juventa Verlag Weinheim und München.

Thiersch H (1996) Die Frage nach der Lebenswelt und problematische Bewältigungsmuster. Zum Verständnis von Sozialer Arbeit und Therapie. In: Nervenheilkunde – Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung 3: 122–126.

Wambach M (Hg.) (1983) Der Mensch als Risiko. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main.

Ängste und Wünsche der Psychiatrie-Erfahrenen

Christel Hansing

Ich bin das, was man eine »Betroffene« nennt: Vor vielen Jahren war ich einmal Patientin in einer psychiatrischen Klinik. Seitdem werde ich ambulant von einem Psychiater behandelt. Außerdem habe ich eine Psychotherapie gemacht.

Ich bin Mitglied bei den Münchner Psychiatrie-Erfahrenen und habe vor sieben Jahren die Selbsthilfegruppe »Miteinander reden«, SHG für Seelische Gesundheit in Bad Tölz gegründet. Es ist eine Gesprächsgruppe, die sich wöchentlich trifft. Diese Gruppe vertrete ich im Gemeindepsychiatrischen Verbund, dort speziell im Arbeitskreis Öffentlichkeitsarbeit und im Ethikrat. In der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) bin ich im Vorstand.

Ich beginne mit dem Thema *Früherkennung*: In der SHG sagen Mitglieder oft: »Wenn ich zurückdenke, bin ich eigentlich schon immer psychisch krank gewesen, ich habe es nur nicht gewusst. Und: Wenn mir damals jemand gesagt hätte, ich sei psychisch krank, dann hätte ich es vielleicht sogar geglaubt.« Das heißt, eine Krankheitseinsicht hat durchaus schon sehr früh bestanden, sie wurde aber nicht zugegeben, weder sich selbst noch anderen gegenüber.

Die Mitglieder sagen aber auch:

- Ich wäre aber trotzdem nicht zum Arzt gegangen, und ich hätte mich auch nicht behandeln lassen.
- Ich habe gehofft, dass sich mein Zustand wieder bessert und der Besuch bei einem Psychiater war damals einfach nicht angesagt.
- Ich wollte nicht zu denen gehören, die »nicht richtig ticken«, und die »nicht alle Tassen im Schrank haben«.
- Erst eine Krise mit anschließendem Klinikaufenthalt hat es eindeutig gemacht, dass ich psychisch krank bin.

Was ist nötig, um eine frühere Behandlung zu ermöglichen? Wir – die Psychiatrie-Erfahrenen der SHG – meinen, dass vor allem eine Aufklärung und Information in der breiten Öffentlichkeit notwendig ist.

Es fehlt weit und breit an Wissen über psychische Krankheiten und ihre Symptome. Es fehlt bei Betroffenen selbst, aber auch Angehörige sollten besser Bescheid wissen und natürlich auch die Bevölkerung, damit erste Anzeichen von Erkrankung besser erkannt und besser eingeordnet werden können. Deshalb wünschen wir, dass durch bessere Information und Aufklärung erreicht wird, dass psychische Erkrankung kein Tabu-Thema mehr ist. Über

psychische Krankheiten sollte in Zukunft so selbstverständlich geredet werden wie über eine Grippe oder über Migräne.

Das Thema *Stigmatisierung* ist für uns eines der wichtigsten. Niemand möchte krank sein. Aber wenn schon krank, dann bitte auf keinen Fall psychisch krank. Ein psychisch erkrankter Mensch wird häufig abgelehnt und ausgeschlossen. »Verrückt«, »Klapsmühle«, »nicht zurechnungsfähig«, »unberechenbar« sind typische Begriffe, die mit psychischer Erkrankung in Verbindung gebracht werden.

Nach wie vor herrscht Angst vor psychischer Krankheit und vor psychisch Kranken. Als psychisch erkrankter Mensch gehöre ich einer Randgruppe an und stehe auf der untersten sozialen Stufe. Damit führt eine seelische Erkrankung automatisch zur Stigmatisierung. Wir geben aber die Hoffnung nicht auf, dass die Stigmatisierung weiter abnehmen wird.

Der Kampf gegen die Stigmatisierung ist das A und O im Umgang mit psychischen Krankheiten. Allerdings halten wir nichts davon, wenn Menschen auf *andere* achten, ob bei *anderen* eine seelische Erkrankung zu erkennen ist. Wir setzen auf Selbsterkenntnis: Jeder soll auf sich selbst achten, soll in sich hineinhorchen, ob er bei sich selber Anzeichen feststellen kann und dann entsprechend eigenverantwortlich handelt.

Damit die Stigmatisierung überwunden und eine Normalisierung dieser Erkrankungen erreicht werden kann, sind alle Beteiligten gefordert: besonders die Erkrankten selbst, aber auch die berufsmäßigen Helfer, allen voran Ärzte und Therapeuten.

Die *Betroffenen* können zur Entstigmatisierung beitragen, indem sie lernen, über ihre Krankheit zu reden, und zwar so, dass sie verstanden werden. Sie dürfen den Zuhörer nicht überfordern, weder inhaltlich noch sprachlich.

In einer akuten Krankheitsphase werden Betroffene häufig von ihrer Umwelt nicht ausgehalten, das nennt man dann »sozial nicht verträglich«. In einer solchen Situation benötigen alle Beteiligten Unterstützung. Sollte es keine andere Lösung geben, sollte eine Trennung herbeigeführt werden, allerdings ohne Vorwürfe und Schuldzuweisungen, sondern einfach aus der Erkenntnis heraus, dass eine andere Lösung derzeit nicht möglich ist.

Damit komme ich zu der Rolle der *Therapeuten*: In der Behandlung und Psychotherapie darf nicht die Beziehung zwischen Therapeut und Patient die Hauptrolle spielen. Die gute Beziehung zum Therapeuten reicht nicht aus, damit der Patient sein Alltagsleben bewältigt. Unserer Meinung nach ist es ausschlaggebend wichtig, alle Beziehungen zum gesamten sozialen Umfeld des Patienten zu thematisieren. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass das häufig nicht geschieht.

Aber auch Fachärzte, das Pflegepersonal und Betreuer sollten jede Gelegenheit nutzen, um immer und immer wieder mit den Betroffenen über die Krankheit und ihre Symptome zu sprechen, damit der Umgang mit der Erkrankung selbstverständlich wird.

Die *Angehörigen* können wohl am meisten gegen die Stigmatisierung tun, denn sie haben den engsten Kontakt zu den Kranken. Sie erleben hautnah, wie sich die Krankheit auswirkt. Sie wissen eher als andere, wie man mit den Kranken umgeht. Und: Die Angehörigen können die Botschaft verbreiten, dass man vor psychisch Kranken keine Angst haben muss: Mein kranker Angehöriger ist nicht faul, er ist nicht gefährlich, und er ist schon gar nicht böswillig – er ist einfach krank.

Das heißt: Auch Angehörige sollen so oft wie möglich mit Menschen ihres Umfeldes über die psychische Krankheit reden, um das Tabu zu brechen und die seelische Erkrankung zu normalisieren. Wenn Angehörige allerdings in erster Linie jammern und klagen und die Botschaft verbreiten: »Wir sind die Hauptleidtragenden, auf uns ruht die ganze Last, wir sind schlimm dran«, dann *muss* der Eindruck entstehen: Es gibt ja wohl nichts Schlimmeres, als ein seelisch krankes Familienmitglied zu haben – und damit findet Stigmatisierung statt!

Zum Schluss noch einige Gedanken zur *Frühbehandlung*. Immer wieder wird in Medien darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen zunehmen und die Depression bereits eine Volkskrankheit ist. Wir glauben, dass die Lebensweise des westlichen Menschen krank macht, eben auch seelisch. Da es nicht danach aussieht, als wollte der westliche Mensch seine Lebensweise ändern, wird es immer seelische Erkrankungen geben.

Wenn wir uns nur anschauen, dass Familien heute auseinander fallen oder gar nicht erst gegründet werden, dass Kinder mit Alleinerziehenden groß werden, dass Mütter keine Zeit haben für ihre Kinder, weil sie Geld verdienen müssen, dann sind psychische Erkrankungen vorprogrammiert.

Wir sind davon überzeugt, dass trotz aller genetischen Veranlagung, die wenigsten Menschen seelisch krank auf die Welt kommen. Wir glauben, dass die Seele in den meisten Fällen durch jahrelange ungünstige Bedingungen langsam, aber sicher brüchig wird, zermürbt und schließlich erkrankt.

Wir sind deshalb davon überzeugt, dass jeder Mensch vor allem Folgendes braucht: Sicherheit, Geborgenheit, Vertrauen in die Welt und in sich selbst und stabile, soziale Bindungen. Die beste Frühbehandlung ist unserer Meinung nach ein intaktes Elternhaus. Leider müssen nach wie vor viele Menschen darauf verzichten und finden auch anderweitig nicht die nötige Geborgenheit.

Es sieht nicht danach aus, als würde sich daran bald etwas ändern, wenn man bedenkt, dass überall, selbst im Kindergarten der Schwerpunkt auf Leistung liegt und damit auf Stress anstatt auf dem Gleichgewicht von Körper, Seele und Geist.

Rehabilitation und Prävention – Einführung

Heinrich Kunze

Das Symposium »Rehabilitation und Prävention« wurde von den Referaten Rehabilitation sowie Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Aktion Psychisch Kranke gemeinsam vorbereitet. Damit soll die gute Zusammenarbeit beim Thema Rehabilitation, aber auch in anderen Fragen der psychiatrischen Versorgung zum Ausdruck kommen.

Rehabilitation hat die Funktion tertiärer Prävention und wird in Zukunft erheblich an Bedeutung gewinnen. Dies stellt das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Stellungnahme zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen »Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit« (August 2002) heraus (www.bmgs.bund.de/dcu/gra/themen/gesundheit/sachver/index.cfm).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat die »Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen« (Heft 9) 2003 gründlich überarbeitet und neu aufgelegt. Dabei wurden vor allem die neuen sozialrechtlichen Entwicklungen (z.B. SGB IX) sowie fachliche Fortschritte (International Classifikation of Functions/ICF und der personenzentrierte Ansatz) berücksichtigt. Das erste umfassende Lehrbuch über psychiatrische Rehabilitation (Herausgeber W. Rössler, Springer) erscheint im Juli diesen Jahres, ein weiteres ist bei einem anderen großen Verlag in Vorbereitung.

Im Verhältnis zur kurativen Psychiatrie und Psychotherapie hat die Rehabilitation an Profil gewonnen, doch gibt es einige Konfliktfelder, die auch zur Sprache kommen sollen: Ganztägige ambulante Rehabilitation wird ausgebaut, was überfällig ist. Dabei erfordert allerdings das unklare Verhältnis von Rehabilitation im Bereich der beiden Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie andererseits besondere Aufmerksamkeit. Der Ausbau der Rehabilitation darf von den Krankenkassen nicht missbraucht werden, indem sie wegen psychosozialer und psychotherapeutischer Komponenten in der Krankenhausbehandlung deren Notwendigkeit verneinen unter Hinweis auf Rehabilitation. Die Rehabilitation bei Alkoholerkrankungen hat eine lange Tradition. Dagegen haben ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen zwar einen sozialrechtlichen Anspruch auf Rehabilitation – auch vor oder bei Pflege. Dieser ist aber in der Verwaltungspraxis der Leistungsträger und den Angeboten der Leistungserbringer noch nicht angekommen (vgl. Projektbericht

»Rehabilitation vor Pflege«, vorgelegt von der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., Heidelberg im Oktober 2002). Deshalb wird auch dieses Thema neben den vertrauten Rehabilitationsbereichen aufgegriffen.

Rolle der Rehabilitation im Versorgungsspektrum psychischer Erkrankungen

Mathias Berger, Wolfgang Weig und Thomas Becker

Bedeutung psychischer Erkrankungen – Herausforderung für die Rehabilitation

Das deutsche Gesundheitssystem kann die Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen derzeit nicht adäquat leisten (Berger 2004). Dies ist für die Belange der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig. Das Problem wird sich voraussichtlich in den kommenden Dekaden intensivieren. Abb. 1 zeigt, dass die WHO in ihrem World Health Report 2001 feststellt, dass Depressionen mit annähernd 12 % die weltweit führende Ursache für die durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (YLLs = *y*ears of *l*ife *l*ived with disability) darstellen (World Health Organization 2001 a).

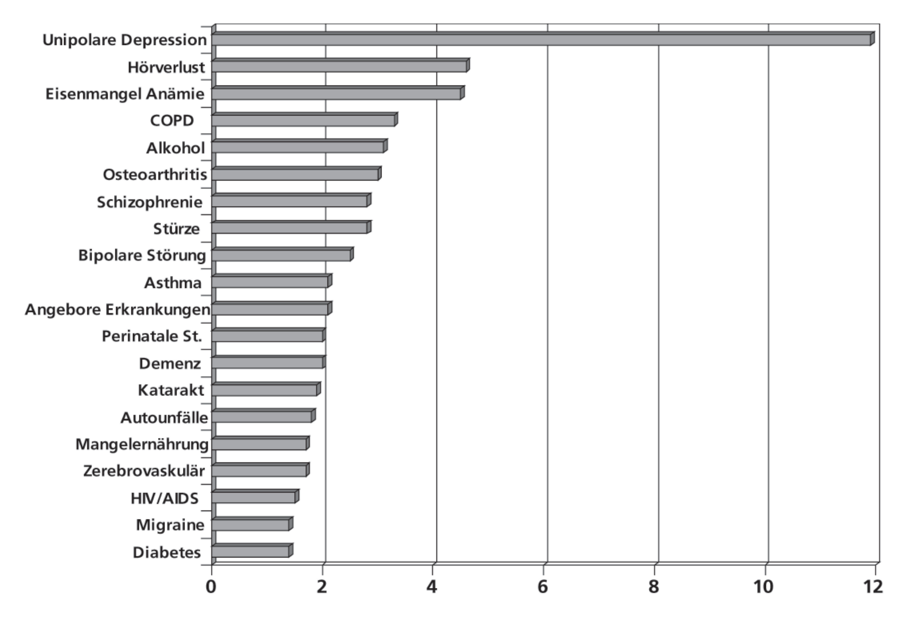


Abb. 1: Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigter Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (years of life lived with disability; World Health Report 2001; aus Berger 2004)

Unter den zehn wichtigsten Erkrankungen befinden sich außerdem Alkoholismus, Schizophrenien und bipolare Erkrankungen. Engt man die Altersspanne auf 15–44 Jahre ein, wird der hohe Stellenwert psychischer Erkrankungen noch deutlicher.

Depressionen, Alkoholerkrankungen und Schizophrenien rangieren auf den ersten drei Positionen und machen etwa ein Viertel aller durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre in dieser Altersgruppe aus. Entsprechend ergaben Berechnungen der Weltbank und der Harvard University zum »Global burden of disease« (Abb. 2), dass im Jahre 2020 fünf psychische Störungsbilder unter den zehn wichtigsten Erkrankungen rangieren (Murray & Lopez 1996 a, b) werden. Diese für die Weltbevölkerung erhobenen Daten spiegeln sich auch in den epidemiologischen Daten der Bundesrepublik Deutschland wider.

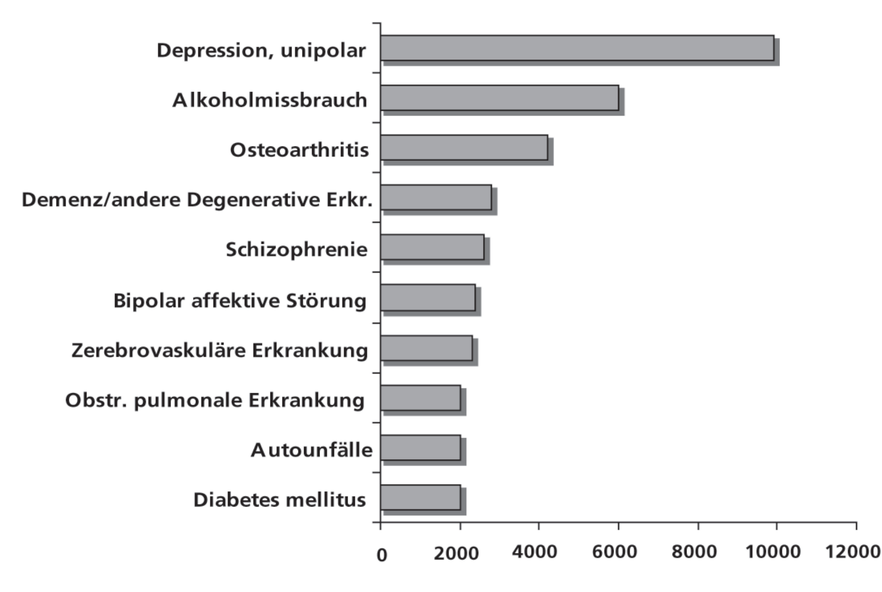


Abb. 2: »Global Burden of Disease« im Jahr 2020; Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung (DALY); in Anlehnung an (2); aus Berger 2004

Insbesondere der im Auftrag des BMGS erhobene Bundesgesundheitssurvey erbrachte, dass die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen, d. h. Personen, die eine ICD-10-Diagnose im Laufe von zwölf Monaten aufweisen, 31 % beträgt (Abb. 3; Wittchen & Jacobi 2001, Wittchen et al. 2003).

Dabei stehen Angsterkrankungen, Depressionen und somatoforme Störungen im Vordergrund (Abb. 4).

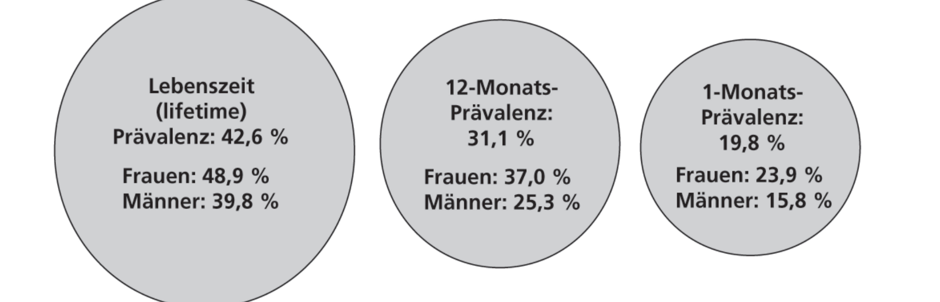


Abb. 3: Wie viel % der Bevölkerung hat jemals (= lifetime) eine oder mehrere psychische Störungen gehabt? Wie viele in den letzten zwölf Monaten, bzw. den letzten vier Wochen?; Wittchen et al. 2003, aus Berger 2004

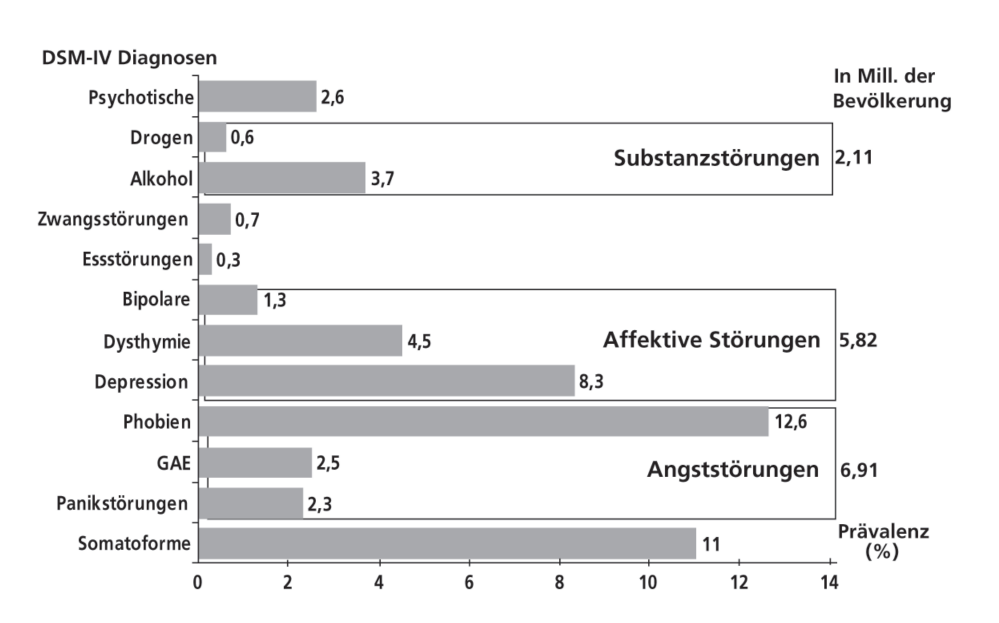


Abb. 4: Der Bundesgesundheitssurvey (GHS-MHS); 12-Monatsprävalenz nach Diagnose; Wittchen et al. 2001 [5]; aus Berger 2004

Die Schwierigkeiten des Gesundheitssystems, dieser zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen gerecht zu werden sowie das Chronifizierungspotenzial psychischer Erkrankungen bei inadäquater Behandlung werden an einer starken Zunahme der Krankschreibungen, aber auch der Berentungen wegen psychischer Störungen deutlich. Erhebungen der Deutschen Angestellten-Krankenversicherung (DAK) für die Spanne wischen 1997 und 2001 zeigen, dass die so bedingten Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Erkrankungen mit 51 % den deutlichsten Zuwachs über diesen Zeitraum erbrachten (Abb. 5; DAK 2002). Der Bundesgesundheitssurvey wies entsprechend nach, dass inzwischen über 40 % der Krankschreibungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen stehen.

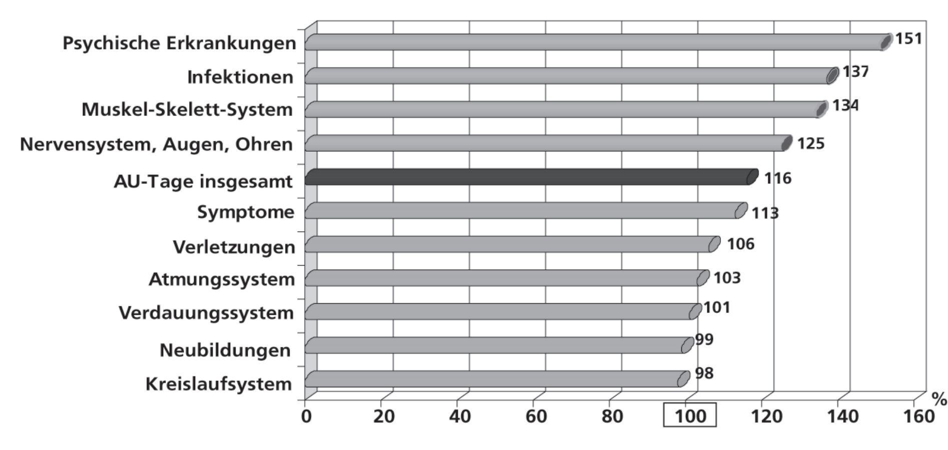


Abb. 5: Veränderung des AU-Volumens in 2001 in Relation zu 1997 nach Diagnosekapiteln bzw. Hauptgruppen (Indexdarstellung, 1997 = 100) (DAK Gesundheitsreport 2002 [6]; aus Berger 2004

Da nach onkologischen Erkrankungen psychische Störungen die längsten Krankschreibungen verursachen, entstehen durch die Krankengeldfortzahlungen nach sechs Wochen für die gesetzlichen Krankenversicherungen hohe Zusatzkosten. Auch bei den Frühberentungen stellen inzwischen nach Daten der Rentenversicherungen psychische Erkrankungen die häufigste Ursache dar. Während insgesamt die Zahl der Frühberentungen in den letzten Jahren deutlich gesunken ist, ist nur bei psychischen Erkrankungen ein weiterer Anstieg, insbesondere bei Frauen, eingetreten. Insgesamt erfolgen etwa 28 % der Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen (Abb. 6; VDR 2002).

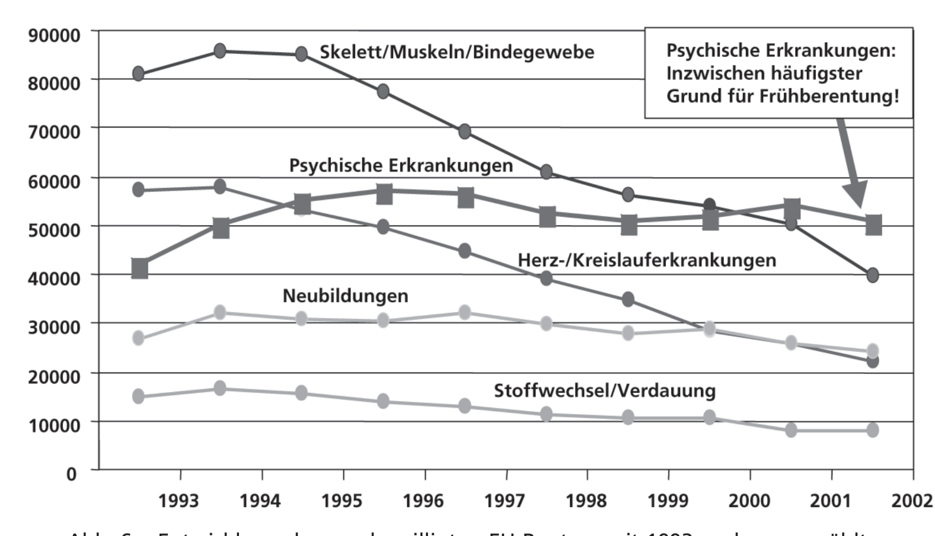


Abb. 6: Entwicklung der neu bewilligten EU-Renten, seit 1993 nach ausgewählten Diagnosegruppen, Männer und Frauen, Absolutzahlen; nach Daten der Verband Deutscher Rentenversicheurngsträger (www.vdr.de); aus Berger 2004

Es kann damit ein Bedeutungszuwachs psychischer Erkrankungen einerseits sowie ein Potenzial für Chronifizierung, Wiedererkrankungen und hohe Krankheitslast andererseits bei psychischen Störungen sowohl international als auch für Deutschland festgestellt werden.

Aktuelle Konzeptionen für die Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Störungen

1. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat im Frühjahr 2004 die *Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen* veröffentlicht (im Folgenden ARPP abgekürzt; BAR 2004a). Dabei wurde neben dem am 01.07. 2001 in Kraft getretenen SGB IX auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO berücksichtigt (World Health Organization 2001b; BAR 2003). Die ICF ist ein Modell der Wechselwirkungen zwischen Komponenten der funktionalen Gesundheit bzw. ihren Beeinträchtigungen sowie zwischen Gesundheitsproblemen und ihren Kontextfaktoren, mit dem der gesamte Lebenshintergrund der betroffenen Person berücksichtigt werden soll.

Die ARPP-Konzeption nennt (in ihrem allgemeinen Teil) als Teile medizinischer Rehabilitation die Rehabilitationsdiagnostik, den Rehabilitationsplan mit Beschreibung des Rehabilitationsziels, die Rehabilitationsdurchführung und ihre Überprüfung sowie die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs und der -ergebnisse.

Im speziellen Teil werden einleitend die Risiken chronischer Verläufe, rezidivierender Verschlechterungen und vielfältiger Komorbidität im Verlauf psychischer und psychosomatischer Erkrankungen genannt. Die Umbenennung der in Deutschland nur historisch herleitbaren Begrifflichkeit »psychosomatische Rehabilitation« für die psychotherapeutische Rehabilitation zu jetzt »Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Erkrankungen« erfolgte, um weitere terminologische Verwirrung zu verhindern, da nicht psychosomatische Störungen, sondern primär psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen den größten Raum in der psychotheraptischen Rehabilitation im stationären Bereich bereits jetzt einnehmen und wohl auch im ambulanten Bereich einnehmen werden (S. 35). Das ARPP-Konzept zielt auf eine Übertragung der Konzepte stationärer »psychosomatischer Rehabilitation«, wie sie in Deutschland praktiziert werden, auf das ambulante, wohnortnahe Setting. Dies entspricht in der gängigen Terminologie im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem einer tagesklinischen Leistungserbringung. Als Diagnosespektrum nach ICD-10 werden genannt:

- Depressive Störungen,
- Belastungs- und Anpassungsstörungen,
- Angststörungen,
- Somatoforme Störungen,
- Psychosomatische Erkrankungen (wie z.B. Essstörungen) und
- Körperliche Störungen, bei denen psychische Faktoren eine wesentliche Rolle spielen.

Akute Psychosen, chronische psychotische Prozesse, manifeste Suizidalität, stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen sowie fremdgefährdendes dissoziales Verhalten sind ausgeschlossen. Eine diagnostische Öffnungsklausel erlaubt eine weitere Öffnung des diagnostischen Indikationsbereiches. Die für das Konzept relevanten Funktionsstörungen betreffen Dimensionen der Persönlichkeit, emotionale Funktionen, Funktionen psychischer Energie und des Antriebs, der Selbstwahrnehmung, höherer kognitiver Leistungen, Denkfunktionen, Körperfunktionen, Schlaf- sowie psychomotorische Funktionen. Auch die Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe, die infolge dieser

Schädigungen eintreten, werden breit beschrieben. Die Rehabilitationsziele werden in Bezug auf psychopathologische Beeinträchtigungen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren (Arbeitsplatz, berufliche Umschulung und Wiedereingliederung sowie Aspekte von Lebensstil und Stressbewältigung) definiert. Behandlungsfrequenz und Rehabilitationsdauer sind variabel, im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungssettings sind in der Regel täglich mindestens vier bis maximal sechs Stunden Therapiezeit an fünf bis sechs Tagen in der Woche vorgesehen. Es wird zwar in der Rahmenempfehlung von einem »ganzheitlichen Rehabilitationskonzept« gesprochen, doch stehen psychotherapeutische Interventionen ganz im Vordergrund. Behandlungselemente sind neben der Psychotherapie in begrenztem Maße, d.h. nur in zweiter Linie, die medikamentöse Therapie, sozialtherapeutische Elemente, arbeitsbezogene Trainingsmaßnahmen, Ergotherapie, Sport- und Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Gesundheitsbildung und -beratung.

Die Rehabilitationseinrichtung muss unter ständiger Leitung und Verantwortung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stehen, der über eine mindestens zweijährige, vollzeitige (bei Teilzeit entsprechende) rehabilitative und sozialmedizinische Erfahrung verfügen muss und die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin und/oder Rehabilitationswesen erworben haben sollte. Je nach dem Umfang der Einrichtung sind darüber hinaus weitere Ärzte, ferner mindestens ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut, gegebenenfalls weitere Diplom-Psychologen, sowie Mitarbeiter der Berufsgruppen Ergotherapie, Sozialarbeit, Sporttherapie, Physiotherapie, Krankenpflege sowie Diätassistenz/Ökotrophologie für die ambulante psychosomatische Rehabilitation gefordert. Die Schlüssel Rehabilitationsteilnehmer: Mitarbeiter betragen für Ärzte 1:16, für Psychologen 1:20, für Ergotherapeuten und Sozialarbeiter 1:40, für die Krankenpflege 1:40 bis 1:20 und für die übrigen Berufsgruppen 1:80. Bei kleineren Einrichtungen werden sich daraus (möglicherweise geringfügige) stundenweise Beschäftigungen ergeben, sodass sich die nebenamtliche Tätigkeit von ansonsten in anderen Bereichen (z.B. der Akutversorgung oder im Sozialpsychiatrischen Dienst) tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anbietet. Die deutliche Betonung ärztlich oder psychologisch erbrachter Psychotherapie wird auch durch den (niedrigen) Personalrichtwert für Pflegemitarbeiter von 1:40 bis 1:20 und Ergotherapie 1:40 deutlich. Das Diagnosespektrum für die Indikation zu diesem Angebotstyp ist weit gefasst. Dies hat zu der Sorge Anlass gegeben, das Angebot der ambulanten Rehabilitation psychischer und psychosomatischer Störungen könnte, obwohl vornehmlich psychotherapeutisch orientiert:

- für die vorhandenen Strukturen psychiatrisch-psychotherapeutischer Komplex-Versorgung insbesondere den Tageskliniken, zu einer fachlich wesentlich enger indizierten, aber kostengünstigeren bedrohlichen Konkurrenz werden;
- aufgrund der Zentrierung auf psychotherapeutische Behandlungsangebote bei diesem Typ der Rehabilitation eine angemessene, die komplexen biologischen und psychosozialen Aspekte berücksichtigende Rehabilitation, wie sie für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Regel erforderlich ist, verfehlen und schwächen.

Neben der Sicherstellung der Trägerschaft, der Räumlichkeiten und des Personals muss die Einrichtung ein Rehabilitationsangebot definieren und ein Rehabilitationskonzept erstellen, das mit den Rahmenempfehlungen konform ist. Rehabilitationseinrichtungen können mit den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung Versorgungsverträge gemäß § 111 SGB V abschließen, ferner Leistungsvereinbarungen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, die auf regionaler Ebene in der Regel durch die zuständige Landesversicherungsanstalt (LVA) vertreten werden. Zwingend erforderlich ist der Abschluss derartiger Vereinbarungen nicht. Es ist auch möglich, im Einzelfall für einen Rehabilitationsteilnehmer/eine Rehabilitationsteilnehmerin den Antrag auf Gewährung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der entsprechenden Rehabilitationseinrichtung zu stellen und auf der Grundlage von Einzelvereinbarungen abzurechnen.

2. Derzeit wird bei der BAR die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (Empfehlungsvereinbarung RPK) vom 17.11.1986 neu gefasst, durch die die ambulante und stationäre medizinische und berufliche Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen geregelt wird. Das heißt, es wird auch in der ambulanten Rehabilitation eine zweistrangige Versorgung psychisch Erkrankter geben! Ein Entwurf der entsprechenden BAR-Arbeitsgruppe liegt vor (02.06.2004). Die Empfehlungen werden in den Gremien der BAR weiter abgestimmt, sie werden voraussichtlich im Jahr 2005 in Kraft treten. Auch in diesem Konzept wird auf die ICF-Klassifikation der WHO Bezug genommen (World Health Organization 2001b). Die RPK-Einrichtung wird als eigenständiges, möglichst wohnortnahes Angebot im regionalen Versorgungssystem definiert. Hinsichtlich der Diagnosen stehen schizophre-

ne, schizotype, affektive Störungen sowie schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen im Vordergrund. Weitere Störungen (organische psychische Störungen, neurotische Störungen) kommen in Einzelfällen in Betracht. Intelligenzminderungen sowie Suchtstörungen können als komorbide Faktoren, nicht aber als alleinige Diagnosen Berücksichtigung finden. Ein Schweregradkriterium wird eingeführt (ausgeprägte Schädigungen, daraus resultierende Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe). Die rehabilitationsspezifischen Befunde (Schädigungen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe sowie Kontextfaktoren) werden referiert, auch bei diesem Angebot ist eine positive Rehabilitationsprognose erforderlich. Die ambulante Rehabilitation wird explizit genannt, ihre Bedingungen werden geschildert, die wohnortnahe Erbringung der RPK-Maßnahme wird favorisiert.

Die Unterschiede des jetzigen Entwurfs zu den Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (ARPP) sind wie folgt:

- Beim Diagnosenspektrum werden im Entwurf der Arbeitsgruppe in erster Linie psychotische, affektive Erkrankungen sowie schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns einschließlich organisch bedingter Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen genannt, ein Schweregradkriterium wird eingeführt.
- Das Methodenspektrum unterscheidet sich, da zwar in beiden Konzepten psychotherapeutische Verfahren integrierter Bestandteil sind, im RPK-Konzept aber gleichgewichtig biologische (pharmakotherapeutische und andere) sowie psychosoziale Behandlungsansätze, insbesondere psychoedukative Verfahren, Soziotherapie und Ergotherapie, Einbeziehung der Angehörigen, Erprobungen im privaten Leben und in Betrieben stehen.
- Die nahtlose Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu einer Gesamtmaßnahme nimmt in der überarbeiteten RPK-Empfehlungsvereinbarung einen zentralen Stellenwert ein.
- Im RPK-Konzept wird die Dauer der Maßnahme bezogen auf die Art und Schwere der vorliegenden psychischen Erkrankung und die sich daraus ergebende Komplexität der erforderlichen Rehabilitationsmaßnahmen, zwischen drei Monaten und einem, in Ausnahmen bis zu zwei Jahren angegeben.
- Die RPK-Empfehlungsvereinbarung umfasst ambulante und stationäre Rehabilitation »aus einer Hand«, während es für den Bereich »psychische und psychosomatische Erkrankungen« separate Empfehlungsvereinbarungen für stationäre einerseits und ambulante Rehabilitation andererseits gibt.

Die Gemeinsamkeiten beider Maßnahmetypen (ARPP und RPK) seien ebenfalls genannt:

- *Rehabilitationsbedürftigkeit* muss gegeben sein. Dies setzt eine (oder mehrere) nicht nur vorübergehende Funktionsbeeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe im Sinne von ICF voraus.
- *Rehabilitationsfähigkeit* wird vorausgesetzt. Die/der Rehabilitand/-in muss in der Lage sein, an der Rehabilitationsmaßnahme angemessen und aktiv teilzunehmen, im Falle ambulanter Leistungserbringung selbstständig zu wohnen und das Rehabilitationsangebot z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Dem können akute Krankheitssymptome, Selbst- oder Fremdgefährdung entgegenstehen.
- Eine positive *Rehabilitationsprognose* wird vorausgesetzt, das Rehabilitationsziel muss voraussichtlich in angemessener Zeit mit den vorhandenen Mitteln erreichbar sein.
- Rehabilitationsleistungen sind *nicht indiziert* bei Patienten, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung der besonderen Mittel stationärer oder teilstationärer psychiatrischer oder sonstiger Krankenhausbehandlung bedürfen.

Diskussion und Würdigung

Aus Sicht der DGPPN ist bedenklich, dass die in den beiden Konzepten (ARPP und RPK) aufgeführten Rehabilitationsgründe bis auf Einzelaspekte (Interpretation der Realität, wahnhaftes Erleben) identisch sind, wenn man vom Schweregrad-Kriterium absieht (welches Erkrankungen mit schweren, überdauernden Krankheitsfolgen dem RPK-Konzept zuordnet). Die Patienten, die stationäre oder ambulante Rehabilitation bei »psychischen und psychosomatischen Erkrankungen« erhalten, wurden zuvor – wenn sie Krankenhausbehandlung benötigten – meist in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt. Der Übergang von der Akutbehandlung zur Rehabilitation ist also auch mit einem Wechsel des Fachgebietes verbunden, wenn die Leitung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin erfolgt, was wieder die Fehlentwicklung der Aufteilung in diese beiden benachbarten Fachgebiete deutlich macht. Selbstverständlich gibt es historisch und hinsichtlich der Leistungs- und Kostenträger weitere Unterschiede wie die Beteiligung der Bundesagentur

für Arbeit an der Finanzierung der Leistungen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK). Jedoch ist deutlich, dass in der jetzt geplanten Eingrenzung des RPK-Angebotes auf schwer und chronifiziert psychisch Kranke eine Gefahr liegt. Die Sorgen sind, dass die Änderungen bei den Rehabilitationsleistungen für psychisch kranke Menschen – mit einem neuen Instrument der ambulanten Rehabilitation bei (leichteren) psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie einem überarbeiteten RPK-Angebot (für schwerer Kranke) erstens zu einer Zuspitzung der Ausgrenzung schwer und chronisch psychisch Kranker führt (2-Klassenversorgung). Wenn bedacht wird, dass das Konzept zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ein vorwiegend psychotherapeutisches Behandlungskonzept ist, d.h. pharmako- und soziotherapeutischen Komponenten in der Behandlungsrealität nicht den gebührenden Raum geben kann (Personalressourcen), so besteht zweitens die Sorge, dass die Beschränkung des multidisziplinären und integrierten RPK-Modells auf schwer und »schwerst« Kranke das rehabilitative Angebot für mittelschwer und noch nicht massiv chronifiziert Kranke verschlechtern und dieser Gruppe Erkrankter den Zugang zu einer wichtigen Komponente des Hilfesystems verstellt. Dies gilt insbesondere, wenn die Kostenträger aus Kostengründen versuchen, von psychiatrisch-psychotherapeutischer Tagesklinik-Behandlung in die ARPP-Einrichtungen umzulenken.

Abhilfe kann in diesem Zusammenhang eine Öffnung des RPK-Modells für ein breiteres Spektrum von Störungen und Störungsschweregraden bieten, welche mit einer *inneren Differenzierung der RPK* zu verbinden wäre. Das heißt, dass jenen Patienten, die das komplexe Leistungsangebot der RPK benötigen, dieses auch unabhängig von der Diagnose und dem Erkrankungsschweregrad zur Verfügung stehen sollte. Insbesondere müssen auch in RPK-Einrichtungen ambulante medizinische Rehamaßnahmen unter drei Monaten möglich gemacht werden (siehe unten). Als weitere Sorge wird geäußert, dass der Aufwand für Einleitung, Aufnahmegutachten, Zwischenbericht, Verlängerung und Abschlussbericht im RPK-Konzept größer sein könnte, als dies für das ARPP-Konzept gilt. Allerdings gelten auch für die Beantragung von Maßnahmen nach dem ARPP-Konzept grundsätzlich ähnliche Bedingungen wie für die RPK-Maßnahmen (siehe allgemeiner Teil).

Eine wichtige Frage betrifft weiterhin die Trägerschaft der RPK-Einrichtungen nach dem überarbeiteten Konzept. Eine (institutionelle) Trennung in Akutbehandlung und Rehabilitation ist bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen inhaltlich sehr problematisch. Insofern wäre wünschenswert, dass Einrichtungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen

Akutversorgung Träger für Angebote nach der überarbeiteten RPK-Empfehlungsvereinbarung sein können. Weiterhin stellt sich die Frage, ob Jugendliche (unter der Voraussetzung einer Kooperation mit Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) sowie Patienten in der Altersgruppe der über 65-Jährigen in RPK-Einrichtungen rehabilitative Leistungen werden in Anspruch nehmen können. Aus Sicht der DGPPN sollten die RPK-Leistungen auch weniger schwer und chronisch erkrankten Menschen, z.B. Patienten mit/nach einer depressiven Episode oder Zwangserkrankung oder Persönlichkeitsstörung, die einer komplexen Rehabilitation bedürfen, über einen kürzeren Zeitraum, z.B. vier bis sechs Wochen zur Verfügung stehen. Für diese Patientengruppe bestünde in ARPP-Einrichtungen die Gefahr von »Fehlplatzierung« und Unterversorgung und damit das Risiko der Fehlallokation von Ressourcen.

Für FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie sowohl in der niedergelassenen Praxis, in Fachkrankenhäusern und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie, wird im Rahmen der diskutierten Entwicklungen die rehabilitative Medizin einen noch größeren Raum hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung, der Patientenberatung, der Erstellung von Behandlungsplänen, der Indikationsstellung und Begutachtung und in der Kooperation mit Einrichtungen der Rehabilitation als bisher einnehmen. Es ergibt sich auch die Möglichkeit, selbst entsprechend dem örtlichen Bedarf Rehabilitationsangebote zu initiieren und dort ärztlich mitzuarbeiten im Sinne einer in das Fach Psychiatrie und Psychotherapie integrierten, patientengerechten (personenzentrierten) rehabilitativen Medizin psychischer Störungen. Die Rahmenempfehlungen eröffnen neue Möglichkeiten für Psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken und Abteilungen bzw. ihre Träger, aber auch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde im Verbund mit psychologischen Psychotherapeuten und Angehörigen anderer Fachberufe des Gesundheitswesens (Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Fachkräfte für psychiatrische Krankenpflege).

Weitere Vernetzungen, z.B. über örtliche Träger oder Hilfsvereine können Angebote der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, künftig auch der medizinischen und beruflichen Rehabilitation nach dem RPK-Modell vor Ort aufbauen und den zuständigen Kosten- und Leistungsträgern anbieten. Als Partner kommen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung, nur im Bereich der beruflichen Rehabilitation nach dem RPK-Modell auch die Agenturen für Arbeit in Frage. Andere Kostenträger (private Krankenversicherungen, Beihilfestellen, Sozialhilfeträger) kommen im Einzelfall in

Betracht und werden im allgemeinen Leistungen dann auch übernehmen, wenn ein Angebot durch die primär zuständigen Kosten- und Leistungsträger bereits anerkannt ist.

Rehabilitative Medizin psychischer Störungen

Die momentane Gestaltung der ARPP und der RPK durch die BAR stellt unseres Erachtens noch kein komplexes, wohl abgestimmtes und vor allem bedarfsgerechtes Konzept dar.

Die rehabilitative Medizin psychischer und psychosomatischer Störungen muss vor dem Hintergrund störungsspezifischer Therapieansätze, der Realität gewachsener Strukturen, aber auch vor dem Hintergrund des in Deutschland geltenden Leistungsrechts in mehrere Segmente ausdifferenziert werden (Weig 2003):

1. Längerfristige sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen, die infolge ihrer erheblichen Beeinträchtigungen, ihrer Funktionsfähigkeiten und Teilhabe an Lebensbereichen komplexe Rehabilitationsleistungen unter Einbeziehung der Bundesagentur für Arbeit benötigen (RPK-Modell, siehe oben); dies gilt insbesondere für schwer und chronisch psychiatrisch Erkrankte.
2. Eine kürzerfristige medizinische Komplex-Rehabilitation etwa von Patienten mit Depressionen, Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, bipolaren Erkrankungen, bei denen dem RPK-Konzept entsprechend Pharmako-, Psycho- und Soziotherapie gleichwertig und aufeinander abgestimmt zur Anwendung kommen. Eine klare Differenzierung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Tagesklinik ist vorzunehmen.
3. Psychotherapeutische Rehabilitation: Für die Abgrenzung von anderen Segmenten der Rehabilitation psychischer Störungen ist es wichtig, dieses Angebot auf die Zielgruppe von Menschen auszurichten und zu begrenzen, bei denen psychische und somatische Störungsbilder bestehen, die miteinander verwoben sind und dazu führen, dass die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist und die Rehabilitationsprognose im Hinblick auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit hinreichend günstig ist. In der psychotherapeutischen Rehabilitation kommt wie in dem jetzigen ARPP-Konzept psychotherapeutischen Interventionen ein besonderer Stellenwert zu. Für die Abgrenzung von anderen Segmenten der Rehabilitation psychischer Störungen sind weniger nosologische Zuordnungen, etwa nach ICD-10, entscheidend, sondern der Schweregrad und die Fähigkeitsstörungen entsprechend ICF d.h. komplexe pharmako- und soziotherapeutische Maßnahmen sind nicht indiziert. Bei dieser Form der Rehabilitation handelt es sich leistungsrechtlich um ausschließlich medizinische Leistungen der Rehabilitation. Je nach den individuellen Voraussetzungen ist die gesetzliche Rentenversicherung oder die gesetzliche Krankenversicherung Kostenträger.
4. Rehabilitation bei substanzabhängigen Störungen (Suchtrehabilitation): Die Rehabilitation bei substanzabhängigen Störungen (Abhängigkeitserkrankungen) ist leistungsrechtlich durch die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen geregelt. Es hat sich gezeigt, dass die Aufteilung in die Entzugsbehandlung zu Lasten der GKV und die Entwöhnungsbehandlung als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zu einer fachlich nicht zu begründenden Fragmentierung der Behandlung führt. Sie begrenzt die in psychiatrischen Einrichtungen durchgeführte Akutbehandlung in diesem Bereich (Entgiftung) in kontraproduktiver Weise und schließt einen Teil der Zielgruppe von wirksamen rehabilitativen Leistungen aus. Eine entsprechende Weiterentwicklung ist daher erforderlich. Für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker besteht ein spezialisiertes, relativ ausgedehntes Netzt stationärer Einrichtungen, dessen Regionalisierung und Öffnung für ambulante Rehabilitationsangebote derzeit betrieben wird. Ähnlich wie in der psychosomatischen Rehabilitation ist die Leistungszuständigkeit der Renten- bzw. Krankenversicherung klar geregelt.
5. Gerontopsychiatrische Rehabilitation: Ein qualifiziertes und spezialisiertes Angebot gerontopsychiatrischer Rehabilitation existiert bisher in Deutschland (fast) nicht, obwohl die sozialrechtlichen Voraussetzungen vorhanden sind. Es finden sich lediglich rehabilitative Anteile in der stationären und insbesondere teilstationären gerontopsychiatrischen Versorgung (z.B. gerontopsychiatrische Tagesklinik). In dem Konzept der ambulanten *geriatrischen* Rehabilitation kommen psychische Störungen nur eine periphere Rolle zu (BAR 2004 b). Der Bedarf an spezifischen gerontopsychiatrischen Rehabilitationsleistungen ist jetzt schon erkennbar und wird voraussichtlich dramatisch wachsen, da aufgrund der demografischen Entwicklung und weiterer struktureller Veränderungen mit einem überproportionalen Anstieg pflegebedürftiger alter Menschen zu rechnen ist, deren Pflegeabhängigkeit insbesondere durch den Einfluss psychischer Störungen (dementielle Erkrankungen, aber auch depressive Syndrome im Alter etc.) bestimmt ist. Rehabilitation wird hier insbesondere zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegeabhängigkeit und die teilweise oder vollständige Wiederherstellung der Selbstständigkeit in der

alltäglichen Lebensführung sein. Leistungsrechtlich ist die Krankenversicherung zuständig. Die Problematik liegt darin, dass die zu erwartenden Einsparungen der Pflegeversicherung, also einem anderen Zweig der Sozialversicherung, zugute kommen würden. Hier besteht erheblicher Entwicklungsbedarf.

6. Rehabilitation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Auch notwendige Rehabilitationsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche (z. B. schulische Rehabilitation) gehören in den Gesamtrahmen einer rehabilitativen Medizin psychischer Störungen. Dies setzt den intensiven Austauch mit der wissensschaftlichen Fachgesellschaft und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie voraus.

Abschließend muss betont werden, dass die Frührehabilitation bei psychischen Störungen einen essenziellen Teil der psychiatrisch-psychotherapeutischen ambulanten und Krankenhausbehandlung darstellt. Auch bei eher kurzfristigen oder episodischen psychischen Störungen, die nicht langfristig zu schwerwiegenden Einschränkungen der Teilhabe führen, sind rehabilitative Maßnahmen zur Abkürzung der Behandlung, Förderung der Wiedereingliederung und Vermeidung von Chronifizierung sinnvoll. Derartige Maßnahmen, die früh einsetzen müssen, sind Bestandteil der Akutbehandlung. Frührehabilitation bei psychischen Störungen kann innerhalb des bestehenden Akutversorgungssystems durch Spezialisierung stationärer, teilstationärer und ambulanter Angebote von Kliniken und niedergelassenen Fachärzten (in Verbindung mit der Behandlungsleistung Soziotherapie) realisiert werden. Leistungsrechtlich handelt es sich bei der Frührehabilitation um Krankenbehandlung und nicht um Rehabilitation im Sinne des SGB IX.

Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung enthält notwendig rehabilitative Elemente. Eine Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Behandlung aufgrund der angewendeten Methoden, wie in der somatischen Medizin, ist in der Medizin psychischer Störungen nicht möglich. Die rechtlichen Vorschriften des Sozialgesetzbuches, insbesondere § 39 SGB V (Abs. 1 letzter Satz: »..., die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation«), in Verbindung mit der Psychiatrie-Personalverordnung definieren nach herrschender Meinung eindeutig rehabilitative Anteile der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, die bei entsprechendem Bedarf des Patienten in einer Phase der Behandlung im Vordergrund stehen können (Psych-PV A6/A3, S6/S3, G6/G3, vgl. auch Amtl. Begründung zu

§ 5: »... Ausrichtung auf Wiedereingliederung ... mehrdimensionale rehabilitative Behandlung von krankheitsbedingten Einbußen ...« (Kunze & Kaltenbach 2003) als *Krankenbehandlung*, für welche die gesetzliche Krankenversicherung leistungszuständig ist. Es wäre fatal, dem von Seiten der Krankenversicherungen und des Medizinischen Dienstes teilweise unternommenen Versuch einer Aushöhlung dieser Vorschriften nachzugeben und dieses Segment leistungsrechtlich aus der Krankenbehandlung herauszunehmen. Die »deutsche Krankheit« der Fragmentierung von Behandlung, Reha und Eingliederung würde durch eine weitere Schnittstelle verstärkt und der Bereich, der dem Leistungsbestimmungsrecht der Leistungsträger unterliegt, erweitert. Künftig ergeben sich durch die Einführung von Konzepten der integrativen Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie neue Chancen zur Überwindung der Fragmentierungen. Der Bereich der rehabilitativen Medizin psychischer Störungen eignet sich besonders gut zu einer solchen Integration.

Literatur

Berger M (2004) Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung des Faches »Psychiatrie und Psychotherapie«. Nervenarzt, 75: 195–204.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2003) Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Schriftenreihe der BAR, Heft 9, Frankfurt am Main.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2004a) Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (22. Januar 2004). Frankfurt am Main – diese gelten als Teil II in Verbindung mit den Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (gültig seit 01. April 2004).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2004b) Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation (01.01.2004), Frankfurt am Main.

DAK (2002) DAK Gesundheitsreport 2002. DAK Gesundheitsmanagement. DAK Hauptgeschäftsstelle Hamburg.

Kunze H, Kaltenbach L (Hg.) (2003) Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.

Murray CR, Lopez AD (1996a) The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organizationa and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

Murray CR, Lopez AD (1996b) Global Health Statistics. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).

VDR (2002) VDR-Statistik der Rentenversicherungen. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), Frankfurt am Main.

Weig W (2003) Psychiatrische Rehabilitation. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hg.): Psychiatrie & Psychotherapie Springer, Berlin/Heidelberg/New York , 820–831.

Wittchen HU, Jacobi F, Hoyer J (2003) Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Vortrag im Rahmen des Kongresses: Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Hamburg 28.–30.09.2003.

Wittchen HU, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt 44, 993–1000.

World Health Organization (2001a) The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2001b) International Classification of Functioning, Disabilities and Handicaps (ICF) Genf. Die deutsche Version gibt es bisher nur als Internetdatei (www.ifrr.vdr.de).

Rehabilitative Medizin psychischer Störungen

Eberhard Virtus Grosch und Wolfgang Weig

Das Referat Rehabilitation der DGPPN hat es sich zur Aufgabe gemacht, die rehabilitative Versorgung im Bereich der Psychiatrie zu beschreiben, ihren derzeitigen Standort zu erkunden und Hilfestellungen im Umgang mit dem Vorgefundenem zu geben, sowie Weiter- und Ausentwicklungen anzuregen. In ihm finden sich Praktiker aus allen relevanten Bereichen der Versorgung inklusive der Verwaltung.

Im Referat sind wir uns alle einig, dass die bestehenden gesetzlichen Vorgaben und somit der bereits heute mögliche Rahmen aus den unterschiedlichsten Gründen noch nicht ausgeschöpft ist.

Meiner persönlichen auf langjähriger Erfahrung in Verwaltung und Klinik beruhenden Einschätzung nach herrscht derzeit bezüglich des Begriffs Rehabilitation eine Art von Babylonischer Sprachverwirrung unter allen Akteuren bzw. Betroffenen.

Ich möchte an dieser Stelle dringend darauf verweisen, dass hier keine Schuldigen zu suchen sind. Vielmehr möchte ich auf das Prozesshafte des Geschehens verweisen. Intrinsisches Wissen um Krankheitsfolgen wurde extrinsisch mit der Schaffung der ICIDH (zuerst 1981), dann der ICIDH II und seit kurzem der ICF der WHO entwickelt. Allein da, wo sich ein Denkmodell findet, das disziplinierte Zu- und Einordnung überhaupt erst ermöglicht, kann eine ernst zu nehmende inhaltliche sowie den einzelnen Sachverhalten zuzuordnende Verständigung entstehen. Die Implementation der ICF ist aber erst im Gange, auch wenn sie derzeit überall bereits gefordert wird.

Es ist m. E. nach eine irregeleitete Diskussion, wenn unser gegliedertes Sozialsystem als der Schuldige ausgemacht wird. Auch der Verweis auf Nichtexistenz im Ausland ist zwar sachlich korrekt, nur weiß ich persönlich um Kolleginnen und Kollegen aus Frankreich beispielsweise, die – im Denkmodell der ICF kundig – uns um unser bereits bestehendes System von Hilfen, um den Krankheitsfolgen zu begegnen, auf Grund seiner Ganzheitlichkeit durchaus beneiden.

ICIDH und ICF: Grundlage rehabilitativen Denkens

Im Rahmen der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation (Reha Ko1989 bis 1991) des Verbandes der Deutschen Rentenversicherung (VDR) wurde in Deutschland erstmals das von der WHO entwickelte Konzept der Krankheitsfolgen, die ICIDH, richtiggehend rezipiert und ist seitdem auch

zur Richtschnur unseres Handelns in der deutschen Rentenversicherung geworden. Aber selbst heute, gut 15 Jahre später, wird nach wie vor um die inhaltliche Umsetzung des Krankheitsfolgemodells innerhalb der bestehenden Rehabilitation gerungen. Inzwischen ist das Konzept der Krankheitsfolgen zu einem Konzept der funktionalen Gesundheit (ICF) weiterentwickelt worden, auf das auch unser neues Rehabilitationsrecht (SGB IX) Bezug nimmt.

Die Anwendung dieses Konzepts erfordert einen gewaltigen Umdenkungsprozess im Sinne einer Erweiterung der Wahrnehmung. Denn kuratives, also an Diagnosen der ICD-10 ausgerichtetes Denken und Handeln bestimmen gegenwärtig immer wieder das Handlungsfeld. Die Rehabilitation erfordert hingegen vorab eine ressourcenorientierte Diagnostik im Sinne des Konzeptes der funktionalen Gesundheit (ICF).

Zu prüfen und somit zu beurteilen sind dabei

- Körperfunktionen einschließlich der mentalen Funktionen und die so genannten Körperstrukturen,
- der Bereich der Aktivitäten und hiermit verbunden der Teilhabe sowie
- der Bereich der Umweltfaktoren, also der Kontextfaktoren.

Störungen und Beeinträchtigungen sowie Ressourcen in diesen Bereichen sind in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person zu erarbeiten. Auf dieser Grundlage erfolgt dann die Behandlungsplanung, die wiederum alle interventiven Möglichkeiten auf allen soeben beschriebenen Ebenen in Betracht zieht.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) wird dabei das Ziel verfolgt, der betroffenen Person Hilfestellung zu geben, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden (§ 9 SGB VI) und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) kommen als Ziele in Betracht, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

In der Arbeitsverwaltung zielen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben darauf, die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern,

herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

Selbstverständlich spielt ärztlich, medizinisches Wissen eine herausragende Rolle in der medizinischen Rehabilitation. Aber es wird in einem sehr viel breiteren Zusammenhang und letztendlich als Teilmenge eingesetzt. Rehabilitationsmedizin ist im Übrigen eine Medizin im Team.

Der Einsatz des Teams ist ein Gedanke, der der Psychiatrie nun wirklich nicht fremd ist. Die Psychiatrie ist schon immer eine Medizin des zumeist chronisch kranken Menschen gewesen. Diese Kranken weisen häufig in erheblichem Umfange Störungen in den Bereichen der Aktivitäten und der Teilhabe auf. Entsprechend ist es auch immer Inhalt der Behandlung eines akuten Störungsbildes gewesen, hier auch in einem rehabilitativen Sinne einzugreifen. In Anbetracht der zumeist auftretenden Störungen von Wahrnehmung und Kommunikation gerät der akut Kranke zwangsläufig in derartige Beziehungsabbrüche, dass er zumeist in kurzer Zeit aus seinem Kontext herausfällt. So gut und hilfreich die Psychopharmaka auch sind, sie greifen letztendlich allein in den Bereich psychischer Funktionen ein. Sie ermöglichen häufig erst wieder halbwegs geregelte Aktivitäten und Teilhabe. Hand in Hand hierzu werden dann im Sinne einer guten Sozialpsychiatrie, auf den Einzelfall hin abgestimmt, die entsprechenden psychotherapeutischen und oft auch sozialarbeiterischen Interventionen getätigt. Interventionen die m.E. nach zum Rüstzeug jeder Akutbehandlung gehören. Entsprechend wird dieser Ansatz ja auch in der PsychPV gewürdigt.

In vielen Fällen ist nach Abschluss einer klinischen Akutbehandlung der Patient so gut restituiert, dass er in der Lage ist, sich wieder in sein Lebensgefüge hineinzubegeben. Es bedarf dazu unter Umständen noch der ambulanten Hilfestellung und Behandlung. Er ist aber handlungsfähig und dabei über sich und seine Situation leidlich orientiert. Zusammengefasst stand hier die Behandlung einer akuten Erkrankung an (z. B. einer Schizophrenie oder die einer Depression). Der Einsatz nichtmedikamentöser neben den medikamentösen Therapien dient immer der Behandlung dieser Erkrankung. Die oft multimodularen Interventionen geschahen immer unter der absoluten (auch juristischen) Endverantwortung des behandelnden Arztes. Die rehabilitativ anmutenden Behandlungselemente dienten der Behandlung, gingen Hand in Hand mit der bei der täglichen Visite durchgeführten Beurteilung des Zustandsbildes durch den Arzt. Ihr Einsatz wird also hoch individuell gesteuert. Die Länge des Krankenhausaufenthalts ist in unmittelbarem Zusammenhang mit seiner begründbaren Notwendigkeit und damit mit dem Krankheitsverlauf zu sehen. Sie reicht von wenigen Stunden bis hin zu Monaten.

Die Rehabilitation weist nunmehr einen vollkommen anderen Ansatz auf. Der Patient ist kein Patient mehr, sondern findet sich nun vielmehr im geforderter maßen aktiven Status eines Rehabilitanden wieder.

Patient kann man immer dann sein, wenn man denn krank ist und diese Krankheit behandlungsbedürftig ist. Weder Zustand noch Prognose spielen vorab eine Rolle. Der Bewusstlose ist in der Sekunde, da er aufgefunden wird, ein Patient, selbst wenn er persönlich gar nicht in der Lage ist, Stellung zu seinem Zustand zu beziehen.

Gänzlich anders ist die Situation beim Status eines Rehabilitanden. Er darf kein akut behandlungsbedürftiges Krankheitsbild aufweisen, will er aber an einer medizinischen Rehabilitation teilnehmen, so müssen notwendigerweise Krankheitsfolgen bei ihm vorliegen. Krankheitsfolgen die ihn an Aktivitäten und Teilhabe in einem Ausmaß beeinträchtigen, dass seine Erwerbsfähigkeit dadurch erheblich gefährdet oder bedroht ist (Zuständigkeitsbereich der GRV) oder aber die leistungsrechtlichen Voraussetzungen der GKV greifen.

Das Rehabilitationsziel ist also bei beiden Leistungsträgern ein nichtmedizinisches Ziel. Spielt bei der Krankenbehandlung die Prognose grundsätzlich vorab keine Rolle, so ist die Bewilligung einer Maßnahme der Rehabilitation a priori von ihrer Erfolgsprognose abhängig. Dementsprechend wird bereits im Vorfeld geprüft, ob im Einzelfall das Rehabilitationsziel erreicht werden kann. Weiterhin muss der Rehabilitand rehabilitationsfähig sein und er muss sich mit der Zielsetzung in einer vernünftigen Art und Weise identifizieren können.

Nehmen wir als Beispiel eine Person, die seelisch leidlich stabilisiert ist, sie weiß um ihre Erkrankung und deren Auswirkungen. Sie ist in der Lage, sich selbst im Sinne eines ›Gestörtseins‹ wahrzunehmen und auch ein Stück so zu akzeptieren. Die betroffene Person möchte aus dieser Situation aber heraus, neue Freiheitsgrade für sich hinzugewinnen. Sie weiß um das Bedingungsgefüge von Situationen und die Auslösung von Symptomen. Erfahrungen, die uns aus den Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) beispielsweise sehr vertraut sind. In diesen Einrichtungen der Rehabilitation geht es z.B. nicht um die Behandlung einer Schizophrenie und deren Symptomen, sondern darum, trotz der Schizophrenie am Leben teilzuhaben, eigene Ressourcen zu erkunden und zu nutzen. Rehabilitationsfähigkeit bedeutet hier ein kompensiertes, gut behandeltes Störungsbild, sodass die betroffene Person sich wirklich der Überwindung ihrer Krankheitsfolgen, zumindest eines Teils dieser Krankheitsfolgen, widmen kann. Um dieses noch eindrücklicher darzustellen, in Niedersachsen ist es beispielsweise möglich, dass der psychisch kranke Rehabilitand während seiner ambulant/teilstationären medizinischen Rehabilitation weiterhin durch seinen niedergelassenen Nervenarzt kurativ behandelt wird, während die Durchführung der medizinisch/beruflichen Rehabilitation unter der Endverantwortung des leitenden Arztes der Einrichtung steht. Der leitende Arzt der Einrichtung überprüft beispielsweise durchgängig die Rehabelastbarkeit, und führt den Probanden gemeinsam mit dem Team durch die mehrmonatige Maßnahme. Es wird gefördert, gefordert, erprobt aber auch unter Umständen abgebremst. Die ärztlich kurative Behandlung steht hier im Gegensatz zu Krankenhaus oder niedergelassenem Bereich in keinster Weise im Vordergrund des Geschehens, wohl aber die Einübung des Umgangs mit der Institution ›Nervenarzt‹, Institutsambulanz bzw. Krankenhaus. Also dem medizinischen Hilfsangebot.

Zur Rehabilitation psychischer Störungen

Die rehabilitative Medizin psychischer und psychosomatischer Störungen muss vor dem Hintergrund fachlich konzeptioneller Überlegungen (störungsspezifischer Therapieansatz), der Realität gewachsener Strukturen, aber auch vor dem Hintergrund des in Deutschland geltenden Leistungsrechts in mehrere Segmente ausdifferenziert werden:

1. Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die infolge von Beeinträchtigungen ihrer Funktionsfähigkeiten und Teilhabe an Lebensbereichen komplexe Rehabilitationsleistungen benötigen.
2. Psychosomatische Rehabilitation
3. Rehabilitation bei substanzabhängigen Störungen (Suchtrehabilitation)
4. Gerontopsychiatrische Rehabilitation

Rehabilitation von psychisch Kranken im Sinne der RPK-Empfehlungsvereinbarung

Am 16. November 1986 schlossen die Gesetzliche Rentenversicherung, die Gesetzliche Krankenversicherung sowie die Arbeitsverwaltung die RPK-Empfehlungsvereinbarung ab, die es ermöglichte an einem Ort parallel Leistungen zur medizinischen wie auch zur beruflichen Rehabilitation zu erbringen.

Heute, fast 18 Jahre später gilt, dass sich für psychisch schwer chronisch kranke und behinderte Menschen diese Form der Rehabilitation als besonders notwendig und nützlich erwiesen hat, entsprechende Forschungsergebnisse liegen vor. Die Rehabilitation nach dem Konzept der RPK weist gegenüber anderen Segmenten der rehabilitativen Medizin einige bedeutsame

Besonderheiten auf, die sich aus den Bedürfnissen und Erfordernissen der Zielgruppe ergeben: Die Rehabilitation dauert länger (im Allgemeinen sechs Monate bis zwei Jahre), medizinische und berufliche Rehabilitation einschließlich ergänzender psychologischer und soziotherapeutischer Hilfen müssen zu einer einheitlichen Maßnahme eng verzahnt werden. Fließende Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung sind notwendig.

Hervorzuheben ist, dass aufgrund der RPK-Empfehlungsvereinbarung gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit sowie in analoger Anwendung alternative Kostenträger (Beihilfe, Sozialhilfe) in einem flexiblen Verfahren die Leistungs-/Kostenübernahme gewährleisten und die Nahtlosigkeit der Maßnahme sicherstellen (Leistungsträger-übergreifende Leistungserbringung!).

Angebote dieses Typs haben sich in Teilen des Bundesgebietes etabliert, sind jedoch noch nicht flächendeckend zugänglich. Einige der bestehenden Einrichtungen arbeiten bisher nur stationär. Die Erweiterung auf ambulante Angebote ist im Gange. Bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird die RPK-Empfehlungsvereinbarung entsprechend den gewonnenen Erfahrungen und heutigen Anforderungen derzeit fortgeschrieben.

Das Referat Rehabilitation hält es für notwendig, Rehabilitationsangebote entsprechend der RPK-Empfehlungsvereinbarung im Sinne eines personenzentrierten Ansatzes unter Beachtung des Vorranges ambulanter Leistungserbringung flächendeckend anzubieten, wobei die Gestaltung je nach den örtlichen Verhältnissen durch enge Kooperation vorhandener Ressourcen aus dem Bereich niedergelassener Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten, klinischer Einrichtung für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Einrichtungen der beruflichen Förderung geschehen kann.

Künftig sollten sich Rehabilitationsangebote für psychisch kranke Menschen mit komplexem Rehabilitationsbedarf durch Modifikation und Flexibilisierung des Ansatzes auch auf leichter Kranke mit kürzerem Rehabilitationsbedarf erstrecken, für die ein entsprechendes Angebot zu entwickeln wäre.

Abschließend sei noch einmal in aller Ausdrücklichkeit auf den Unterschied zwischen der Rehabilitation und dem Einsatz von rehabilitativen Elementen im Krankenhaus verwiesen. Hier besteht die Gefahr der Begriffsverwirrung, daraus resultierend ein auf dem Rücken der Patienten ausgetragener Kampf der Kosten- und Leistungsträger. Dieses zum Nachteil des therapeutischen Angebotes des Krankenhauses und somit des Patienten.

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Ulrich Kemper

In der Allgemeinpsychiatrie und noch mehr in der Gerontopsychiatrie spielen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zumindest quantitativ eine untergeordnete Rolle. Ganz anders die Situation in der Suchtkrankenhilfe: Hier stellt die Rehabehandlung – besser bekannt als Entwöhnungstherapie oder Langzeitbehandlung – traditionell das zentrale Element des »Königswegs«: Entzug – Entwöhnung – Nachsorge dar. Dieser weltweit einzigartige Sonderweg der Suchtkrankenbehandlung in Deutschland lässt sich ohne Blick in die Vergangenheit nicht verstehen:

Geschichte der Suchtkrankenhilfe

Die Entwicklung rehabilitativer Bemühungen im Umgang mit Suchtkranken lässt sich weit zurückverfolgen und ist bis in die Gegenwart von der Verwendung verschiedenster Suchtkonzepte geprägt. Am Anfang stand die Vorstellung, Sucht als moralische Entgleisung, als Ausdruck von Charakter- und Willensschwäche zu deuten. Dementsprechend waren die ersten Behandlungs- besser Umgangsformen erzieherisch, sozial strafend und kirchlich mahnend. Die Behandlung von Suchtkranken in Deutschland fand ab dem 17. Jh. vorwiegend in Werk- und Zuchthäusern statt, die oft kirchlicher Leitung unterstanden.

Auch die Entwicklung eines medizinischen Krankheitskonzeptes durch Benjamin Rush und Magnus Huß Mitte des 19. Jh. führte vorerst zu keiner Änderung der Strukturen. Die Geschichte der Deutschen Heilstätten für Alkoholkranke beginnt 1851 mit dem von der Diakonenanstalt zu Duisburg gegründeten Trinkerasyl in Lintorf. Das Haus wurde – ursprünglich als Zufluchts- und Erziehungsstätte für schiffbrüchige und verwilderte Existenzen aller Art gegründet – 1879 zur Trinkerheilstätte, nachdem dort fast ausnahmslos alkoholkranke Personen aufgenommen worden waren. Heilstätten standen in der Regel unter nichtärztlicher Leitung und wurden von einem Hausvater zusammen mit seiner Familie und Laienhelferinnen und -helfern bewirtschaftet. Die drei »As« – »Arbeit – Abgeschiedenheit – Andacht« galten als Hauptwirkfaktoren bei der Überwindung der Trunksucht.

Um 1900 setzten sich neben den damals neuen Organisationen der Trinkerrettung um Blaukreuz und Guttempler auch Mediziner für die Errichtung solcher Heilstätten ein. Der Psychiatrieprofessor Forel, Leiter der Schweizer Klinik Burghölzli, gründete zusammen mit dem Blaukreuzler

Schuster-Bosshardt die Trinkerheilanstalt Ellikon, die Schuster-Bosshardt als Hausvater führte.

Die Zweigleisigkeit: Professionelle Betreuung auf der einen Seite und Laienarbeit in der Selbsthilfe setzte sich im 20. Jh. fort: 1933 gründeten sich die Anonymen Alkoholiker, 1939 begann Jellinek seine für das medizinische Konzept bahnbrechenden Forschungsarbeiten. Die Zahl der Behandlungsstätten wuchs.

Ungeregelt blieb bis in die 60er-Jahre die Finanzierung entsprechender Maßnahmen. Für die Kosten kamen entweder die Betroffenen selbst, ihre Familien oder die kirchlichen bzw. kommunalen Träger auf. Im Einzelfall übernahmen aber auch verschiedene Landesversicherungsanstalten bereits Anfang des 20. Jh. Kosten für die Behandlung. Die LVA Westfalen erstattete bis 1961 nachträglich Kosten für durchgeführte »Trinkerkuren«, wenn sich nach Ablauf mindestens eines Jahres nach Beendigung der Kur herausstellte, dass der Versicherte noch abstinent lebte.

Trunksucht als Krankheit

Eine grundlegende Änderung brachte erst die Rechtssprechung des Bundessozialgerichts im Jahr 1968, nach der Trunksucht auch ohne organische Folgeschäden als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne angesehen wurde und die Krankenkassen zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet wurden:

1. Trunksucht ist auch dann als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn eine organische Gesundheitsstörung noch nicht eingetreten ist.
2. Hat die ambulante Behandlung der Trunksucht keinen Erfolg, so ist die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet.
3. Die Leistungspflicht der Krankenkasse entfällt nicht deshalb, weil auch Gründe der öffentlichen Sicherheit und Ordnung für die Unterbringung in einem Landeskrankenhaus maßgeblich gewesen sind. (BSG, Leitsätze zur Entscheidung vom 18.06.1968 – 3 RK 63/66)

»Dass eine Trunksucht häufig in einer Charakterschwäche wurzelt schließt eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht aus, sofern die Sucht selbst einer ärztlichen Behandlung bzw. Krankenhausbehandlung zugänglich und bedürftig ist; dabei gehören zur ärztlichen Behandlung bzw. Krankenhausbehandlung auch psychotherapeutische Maßnahmen und der Einsatz von natürlichen Heilmitteln und Methoden, wie einer ärztlich angeordneten und geleisteten

Beschäftigungs- oder Arbeitsbehandlung.« (BSG-Urteil vom 17.10.1969 – 3 RK 80/66 und 3 RK 82/66)

Die Träger der Rentenversicherung zogen daraus den Schluss, dass es sich bei der stationären Behandlung der Trunksucht grundsätzlich um Krankenhauspflege handelt und sahen deshalb eine Notwendigkeit zur Kostenbeteiligung nicht mehr gegeben.

Ein erneuter Streit zwischen Rentenversicherungsträgern und GKV entbrannte 1974 durch die Einführung des § 184a RVO, der die Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen regelt. Von Seiten der Krankenversicherung wurde nunmehr die vorrangige Zuständigkeit der Rentenversicherungen damit begründet, dass es sich bei der stationären Behandlung Alkoholabhängiger in den dafür geeigneten besonderen Einrichtungen um eben eine solche »Kur« handele.

Der Weg zur »Suchtvereinbarung«

Die Klärung dieser unterschiedlichen Rechtsauffassungen erfolgte erneut unter Zuhilfenahme des Bundessozialgerichts. Das BSG kam zu dem Ergebnis, dass Maßnahmen zur Bekämpfung einer krankhaften Trunksucht sich weder ausschließlich dem Bereich der Krankenversicherung noch ausschließlich dem der Rentenversicherung zuordnen lassen. Das BSG appellierte an die Selbstverwaltung der Träger der beiden Zweige der Sozialversicherung, vertragliche Vereinbarungen über eine Kostenbeteiligung zu treffen. War seitens des BSG eine Lösung angedacht, die Kosten der Maßnahmen zwischen den Versicherungsträgern prozentual aufzuteilen, entschieden sich die Selbstverwaltungen anders. Am 20.11.1978 wurde gemeinsam von den Spitzenverbänden die »Empfehlungsvereinbarung für die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker« verabschiedet. Mit dieser »Suchtvereinbarung« wurde die Trennung zwischen der von den Krankenkassen finanzierten Entzugsbehandlung und der im Regelfall von den Rentenversicherungen finanzierten Entwöhnungsbehandlung dauerhaft festgeschrieben.

Diese leistungsrechtlichen Vorgaben führten zwangsläufig zur Entwicklung der bereits anfangs beschriebenen therapeutischen Kette: Entgiftung – Entwöhnung – Nachsorge, die lange Zeit als Königsweg der Suchtkrankenhilfe galt. Auf institutioneller Ebene führte dies durch Ausbau entsprechender Angebote zur »Versäulung« des Suchthilfesystems.

Zwar wurde die Empfehlungsvereinbarung zwischenzeitlich überarbeitet und am 04.05.2001 durch die »Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen«

abgelöst, wesentliche Änderungen ergaben sich aber nur durch die Aufnahme zwischenzeitlich getroffener Absprachen über ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (EVARS vom 29.01.1991 und 05.11.1996).

Ziele der medizinischen Rehabilitation

In der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 sind die Ziele der rehabilitativen Suchtkrankenbehandlung eindeutig formuliert:
§ 2 Ziele der medizinischen Rehabilitation
(1) Ziele der medizinischen Rehabilitation sind:
- Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
- die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen. (Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001)

Auch Bewilligungsgrundlagen und Durchführungskriterien werden genannt:
§ 3 Entwöhnungsbehandlungen
Eine Entwöhnungsbehandlung wird bewilligt, wenn
- die persönlichen/medizinischen (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind und kein gesetzlicher Ausschlusstatbestand gegeben ist,
- Maßnahmen der Beratung und Motivierung vorangegangen sind und
- der Abhängigkeitskranke motiviert und zudem bereit ist, eine ggf. erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen.

(2) Vor der Entwöhnungsbehandlung muss erforderlichenfalls eine Entzugsbehandlung (§ 4) durchgeführt worden sein.
(3) Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Entwöhnungsbehandlungen bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Schwere der Krankheit und der persönlichen Verhältnisse des Abhängigkeitskranken. Die im Sozialbericht hierzu enthaltenen Anregungen sollen angemessen berücksichtigt werden. Berechtigten Wünschen des Abhängigkeitskranken wird entsprochen. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu beachten. (Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001)

Als erstes Ziel wird somit die Erreichung der Abstinenz vom Suchtmittel genannt. Eine grundsätzliche Abstinenzmotivation des Betroffenen wird erwartet. Alle nicht abstinenzmotivierten Betroffenen werden daher von vornherein von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gemäß RVO ausgeschlossen.

Nach RVO kann der Rentenversicherungsträger Leistungen zur Rehabilitation erbringen, um die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wieder herzustellen. Die medizinische Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherungsträger hat also in erster Linie die Eingliederung in Arbeit und Beruf zum Ziel. Im Gegensatz dazu sind Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der Krankenversicherung auch dann zu gewähren, wenn sie erforderlich sind, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der von der Krankenversicherung abzudeckende Bereich ist also weiter gesteckt, da er sich nicht an der Erwerbsfähigkeit orientiert.

Entsprechend werden Maßnahmen bei Altersrentnern in der Regel problemlos von den Krankenkassen finanziert. In Folge der Suchtvereinbarung haben jedoch fast ausschließlich die Rentenversicherungsträger die Verantwortung für Ausgestaltung und Entwicklung der Entwöhnungseinrichtungen übernommen: Sie überprüfen Konzept, Ausstattung und Strukturqualität, legen Anzahl und Qualifikation der MitarbeiterInnen fest und bestimmen letztlich über die Höhe des Vergütungssatzes die therapeutischen Gegebenheiten vor Ort. Aufgrund dieses Federführungsprinzips der Rentenversicherungsträger bei der Betreuung der Einrichtungen zur stationären Entwöhnungsbehandlung ist es verständlich, dass es den meisten Einrichtungen schwer fällt, ein umfassendes Angebot jenseits des Ziels »Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit« zu realisieren.

Entzugsbehandlungen

Anders stellt sich die Situation für die in psychiatrischen Kliniken durchgeführten Entzugsbehandlung dar.
§ 4 Entzugsbehandlungen
(1) Eine Entzugsbehandlung im Sinne dieser Vereinbarung wird durchgeführt, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen. Sie erfolgt durch Vertragsärzte und Krankenhäuser. Die medizinische Notwendigkeit ist von einem Arzt festzustellen.
(2) An die Entzugsbehandlung soll sich eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung nahtlos anschließen, sofern der Patient entsprechend motiviert ist. (Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« vom 04.05.2001)

Wichtig ist es, in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass hier ausschließlich von einer Entzugsbehandlung im Sinne der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen die Rede ist, die in der Regel der Vorbereitung einer Entwöhnungsbehandlung dient.

Damit ist ein Sonderfall beschrieben, der nur einen kleinen Bereich der durch die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) beschriebenen Krankenhaussuchtbehandlung ausmacht. Nur in ca. 10 % der Fälle schließt sich an eine solche Entzugsbehandlung eine Entwöhnungsbehandlung an. Dies hält jedoch Vertreter der GKV nicht davon ab, die Leistungspflicht der Krankenkassen auf wenige Tage zu begrenzen, mit dem Hinweis, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht mehr Aufgabe der von den Krankenkassen zu finanzierenden Entzugsbehandlung sei, sondern der Entwöhnungsbehandlung zuzuordnen sei. Eine Kostenübernahme für die in der Psych-PV ausdrücklich vorgesehenen Bereiche
S3 – Rehabilitative Behandlung und so genannte Entwöhnung
S4 – Langdauernde Behandlung schwer- und mehrfach Abhängiger
S5 – Psychotherapie
lässt sich derzeit nur schwer realisieren.

Kunze und andere haben auf diesen Misstand wiederholt und ausdrücklich hingewiesen.

Wo steht die medizinische Rehabilitation Suchtkranker heute?

Bereits vor elf Jahren haben Wienberg und andere im Rahmen der APK-Tagung »Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen« auf das eigentliche Dilemma und die Grenzen des »Königsweges« hingewiesen: Es liegt nicht in der Qualität rehabilitativer suchtmedizinischer Maßnahmen. Deren Exzellenz in Effizienz und Effektivität ist umfassend, auch im internationalen Vergleich belegt. Das Problem liegt in der katastrophalen Kontaktdichte bzw. Erreichungsquote der traditionellen Suchthilfe. Nur maximal 3,5 % der manifest Alkoholabhängigen kommen in den Genuss rehabilitativer Maßnahmen.

Gilt hier die von Pörksen im September 2000 getroffene Aussage, dass die Suchtrehabilitation alle Kriterien des »inverse care law« erfülle, dass also diejenigen, die noch relativ gut dran seien, die meiste und die beste Hilfe bekämen? Haben auf dieser Aussage basierend John et al. Recht, die vorschlagen, zu Gunsten einer Primärprävention den Einsatz der Ressourcen für wenige Schwerstgeschädigte auf den Einsatz für die große Mehrheit der

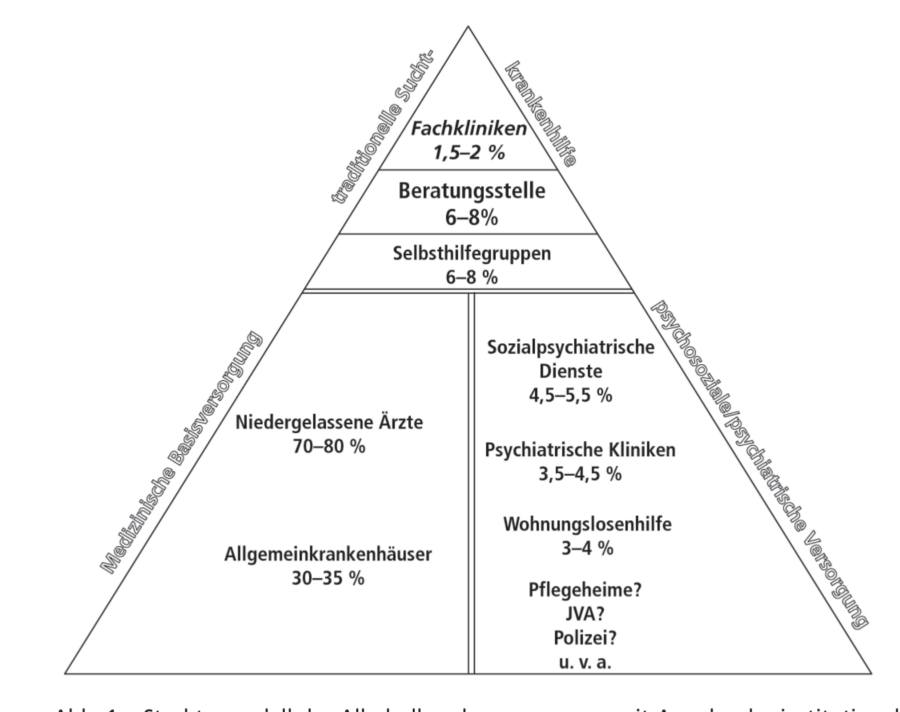


Abb. 1: Strukturmodell der Alkoholkrankenversorgung mit Angabe der institutionellen 1-Jahres-Prävalenz an der Gesamtprävalenz der Alkoholabhängigen (nach Wienberg 2001)

Betroffenen umzustellen? Ich halte diesen Lösungsweg für gefährlich. Erfolgreicher erscheint mir der auch im Positionspapier des Referates Rehabilitation der DGPPN vorgeschlagene Weg. Notwendig ist der von Kunze geforderte Paradigmenwechsel: Weg von institutionszentrierten Angeboten, hin zu lebensweltbezogenen Komplexleistungsprogrammen. Doch wie lassen sich diese in Kenntnis der historischen Entwicklung der Suchtkrankenhilfe in Deutschland realisieren?

Cui bono – Wem nutzt es?

Veränderungen zu bewirken – das ist jedem Suchtmediziner geläufig – fällt umso leichter, wenn sich ein Nutzen darstellen lässt. Eine alleinige Verbesserung der Versorgungssituation, die mit Mehrkosten verbunden ist, lässt sich derzeit nur schwer durchsetzen. Rentenversicherer und Rehabilitationsein-

richtungen sehen nur wenig grundsätzlichen Veränderungsbedarf. Jeder für die medizinische Rehabilitation ausgegebene Euro verhindere derzeit Frühberentung und höhere Kosten. Dies hat dazu geführt, dass – trotz Budgetdeckelung – die Ausgaben zur Rehabilitation Suchtkranker seitens der Rentenversicherungsträger nicht wesentlich zurückgefahren wurden.

Ein neuer Finanzierungs- und damit Lösungsansatz kommt in den letzten Jahren aus ungewohnter Richtung: Durch die Kostenrechnungen zur alkoholbezogenen Morbidität und Mortalität in Deutschland ist insbesondere den gesetzlichen Krankenkassen klar geworden, dass sie bei frühzeitiger Diagnostik und Prävention erheblich profitieren könnten. Erste Ergebnisse einer von der DAK in Auftrag gegebenen Studie lassen Kostenersparnisse in mehrstelliger Millionenhöhe denkbar erscheinen.

Legt man die Zahlen Wienbergs zu Grunde (siehe oben), wonach mehr als 70 % aller Suchtkranken mindestens einmal jährlich ihren Hausarzt aufsuchen, ist eine von Pörksen vorgeschlagene »Medizinisierung der Suchtbehandlung« zentrale Voraussetzung für jede zukunftsträchtige Entwicklung. Bei entsprechender Qualifikation der Hausärzte und Honorierung therapeutischer Maßnahmen durch die Krankenkassen bestehen hier alle Chancen für eine angemessene Diagnostik und Frühintervention.

Wie eine entsprechende Qualifikation aussehen kann, wird derzeit im Rahmen des vom Bundesministeriums für Bildung und Forschung geförderten Projektes BrIAN (Brief: Intervention for Alcohol Problems und Nicotine Dependence) in NRW erprobt. Weitere Behandlungsoptionen liegen im Ausbau ambulanter, teilstationärer und stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die derzeit von den Krankenkassen betriebene Verkürzung der Verweildauern führt nachweislich nicht zu einer Reduktion der durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten. Die konsequente Umsetzung der Psych-PV im Bereich der Suchtmedizin verspricht letztlich nicht nur eine Verbesserung der Versorgung, sondern lässt perspektivisch durch eine Reduktion von Krankengeld und anderen morbiditätsbedingten Folgekosten insgesamt eine Kostensenkung erwarten.

Medizinisierung heißt in diesem Sinne Sicherstellung der Versorgung für alle, unabhängig von Schwere und Ausprägung der Abhängigkeit. Medizinisierung setzt aber auch voraus, dass Ärztinnen und Ärzte bereit sind, sich im Umgang mit Suchtkranken zu qualifizieren. Im psychiatrischen Fachgebiet wächst erfreulicherweise das Engagement für suchtkranke Menschen. Aus den »ungeliebten Kindern der Psychiatrie«, wie Schwoon und Krausz noch 1990 beklagten, ist mit der Etablierung der Suchtmedizin eine eigenständige psychiatrische Subdisziplin entstanden, die immerhin schon über

einen eigenen Lehrstuhl in Mannheim verfügt. Mit der Einführung des Curriculums Suchtmedizinische Grundversorgung durch den Deutschen Ärztetag 1998 sind auch erste Schritte zu einer breiteren Qualifikation getan. Was jetzt noch fehlt, ist die Bereitschaft der Kostenträger, auf die Anwendung des »St. Florian-Prinzips« zu verzichten und die »Deutsche Krankheit« der Fragmentierung von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung durch die Anerkenntnis der eigenen Zuständigkeit überwinden zu helfen.

Zusammenfassung in Thesen

- Die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist effektiv und effizient, erreicht jedoch nur eine sehr begrenzte Patientengruppe.
- Die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen führt zu einer therapeutisch nicht zu begründenden Trennung zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung.
- Die bestehenden Angebote zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker sind im Wesentlichen auf Erhalt und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ausgerichtet. Es fehlt an rehabilitativen Angeboten mit dem Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.
- Psychiatrische Abteilungen oder Fachkrankenhäuser müssen ein differenziertes Behandlungsangebot für Suchtkranke vorhalten, welches gemäß Psych-PV auch psychotherapeutische und rehabilitative Inhalte umfasst.
- Abstinenzmotivation darf nicht weiterhin Voraussetzung, sondern muss Ziel auch rehabilitativer suchttherapeutischer Maßnahmen sein.
- Zur Verbesserung primär und sekundär präventiver Maßnahmen ist eine Medizinisierung der Suchtbehandlung zentrale Voraussetzung für eine zukunftsträchtige Entwicklung.
- Nur durch Zusammenarbeit z.B. in Form von Disease-Management und Anerkenntnis der eigenen Zuständigkeit der Kostenträger ist die »Deutsche Krankheit« der Fragmentierung von Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung im Interesse des Betroffenen zu überwinden.

Literatur

DGPPN (2004) Referat Rehabilitation, Rehabilitative Medizin psychischer Störungen, unveröffentlichtes Positionspapier. In: Fachverband Sucht e. V.: Sucht macht krank! – Von der Akutmedizin zum Disease-Management. Neuland-Verlag, Geesthacht.

Gerkens K, Hüllinghorst R, Wimmer D (2002) Handbuch Sucht – Prävention und Behandlung – Rechtsgrundlagen und Rechtsprechung, Asgard-Verlag, Sankt Augustin.

Jagoda B, Kunze H (Hg.) (1994) Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen. Rheinland-Verlag, Köln.

John U, Hapke U, Rumpf HJ (2001) Häufigkeit alkoholbezogener Störungen in der Krankenversorgung und Konsequenzen für die Behandlung alkoholabhängiger Patienten. In: Stetter F: Suchtforschung für die Suchtkranken – Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven, Neuland-Verlag, Geesthacht, 31–43.

Kruckenberg P, Kunze H (Hg.) (1997) Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Rheinland-Verlag, Köln.

Kunze H (1997) Zeit für einen Paradigmenwechsel: Von institutionszentrierten Angeboten hin zu lebensfeldbezogenen Komplexleistungsprogrammen im gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Rheinland-Verlag, Köln, 17–26.

Kunze H (2001) Nur mehr oder auch besser? – Die Auswirkungen der Psychiatrie-Personalverordnung auf die (teil)stationäre Behandlung. In: Wienberg G, Driessen M: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 153–164.

Pörksen N (2001) Hat die traditionelle Suchtkrankenhilfe eine Zukunft? In: Wienberg G, Driessen M: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 117–124.

Rehm J, Frick U (2004) Epidemiologische und ökonomische Aspekte von Substanzmittelgebrauch. Sucht aktuell, März, 6–10.

Schupeta E (2004) Sucht macht krank – Zur Bedeutung der Frühintervention und Behandlung von Suchterkrankungen aus Sicht der Krankenversicherung. Sucht aktuell, März, 58–64.

Schwoon R, Krausz M (1990) Suchtkranke – Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Enke-Verlag, Stuttgart.

Stetter F (2001) Suchtforschung für die Suchtkranken – Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven, Neuland-Verlag, Geesthacht.

Weissinger V (2004) Entwicklungen in der Suchtbehandlung – Ein aktueller Überblick. Sucht aktuell, März, 33–36.

Wienberg G (2001) Die »vergessene Mehrheit« heute – Teil I–V. In: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 12–23, 42–52, 126–152, 228–241.

Wienberg G, Driessen M (2001) Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit – Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

Rehabilitation in der Gerontopsychiatrie

Bodo R. Vollhardt

Die Behandlung psychischer Störungen im Alter führt nicht selten zu einem unbefriedigenden Behandlungsausgang. Depressive Störungen etwa bleiben im Langzeitverlauf über zwei Jahre in einem Drittel aller Fälle symptomatisch (Cole et al. 1999). Auch die noch häufiger auftretenden Angststörungen verlaufen eher chronisch und sind mit erheblichen Sekundärkomplikationen wie Abhängigkeitsentwicklung, Suizidalität und Risikoverstärkung für kardiovaskuläre Ereignisse verbunden. Zunehmende Vergesslichkeit und Orientierungsstörungen kennzeichnen eine dritte Gruppe von Betroffenen mit progrediente Einschränkungen der kognitivmnestischen Funktionen. Solche psychischen Störungen im Alter, die mit den Möglichkeiten der kurativen Medizin nicht weiter auflösbar sind, beeinträchtigen die psychische Leistungsfähigkeit der Betroffenen durch belastende Symptomatik und eingeschränkte Handlungskompetenzen. Dadurch können Alltagsroutinen schwierig werden und Kommunikation und soziale Teilhabe beeinträchtigt sein. Wird schließlich auch die Fähigkeit zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung gefährdet, ist ein Pflegerisiko gegeben.

Ziel der gerontopsychiatrischen Rehabilitation ist es, dieses Risiko abzuwenden. Geeignete Maßnahmen werden eingesetzt, um Krankheitsfolgen von psychischen Störungen im Alter, die auch nach kurativer Regelbehandlung weiterhin bestehen, im erreichbaren Umfang abzuwenden oder zumindest abzuschwächen. Dabei werden vorhandene Leistungsreserven gefördert oder eingetretene Einschränkungen ausgeglichen um die Kompetenzen zur eigenständigen Lebensführung zu verbessern. Diese Zielsetzung muss das gewohnte Lebensumfeld einbeziehen, weswegen die gerontopsychiatrische Rehabilitation vorzugsweise ambulant erfolgen sollte.

Die besondere Bedeutung einer gerontopsychiatrischen Rehabilitation ergibt sich aus mehreren Gesichtspunkten:

1. Prävalenz psychischer Störungen im Alter: Es ist davon auszugehen, dass zwischen 25–50 % der über 65-Jährigen an psychischen Störungen leidet. Diese Häufigkeit unterscheidet sich im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen nur durch die Zahl der Demenzen (Helmchen et al. 1996); diese wird mit ca. 6 % bei den über 65-Jährigen angegeben.
2. Demographische Entwicklung: Die Zahl der über 65-Jährigen wird auch weiterhin absolut und relativ zunehmen. Das Pflegerisiko nimmt altersabhängig zu, etwa die Hälfte aller Pflegeheimeinweisungen betrifft psychisch kranke Menschen (Bickel 1996, 2001).

3. Belastung des Versorgungssystems: Psychische Störungen können eigenständige Risikofaktoren für somatische Erkrankungen, z.B. Herzinfarkt (Heßlinger et al. 2002) sein und beeinflussen generell die funktionale Gesundheit und Mortalität (Lenze et al. 2001). Ihr ungünstiger Einfluss auf Verlauf und Behandlungsausgang von somatischen Erkrankungen zeigt sich auch in überhöhten Gesundheitskosten (Katon et al. 2003). Pflegende Angehörige sind zudem durch hohe psychische Belastung ebenso Morbiditätsrisiken ausgesetzt (Gräßel 1998).

Die gesetzlichen Vorgaben für die medizinische Rehabilitation in SGB V nach § 40 und § 43 geben auch dem alten Menschen mit psychischen Störungen einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. Eingetretene Pflegeabhängigkeit ist keine Gegenindikation, Rehabilitation wird vielmehr speziell in § 5 des SGB XI als Maßnahme gefordert diese zu begrenzen. Auch im Altersgang ist Pflegeabhängigkeit kein für das Lebensalter typischer Zustand, auf jeder Altersstufe überwiegt die Zahl der frei von Pflegeabhängigkeit Lebenden (Bickel 2001). Insofern stellt auch Pflegebedürftigkeit im Alter eine Behinderung im Sinne des § 2 SGB XI dar und gibt den Betroffenen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB XI) und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB XI).

Im gegenwärtigen medizinischen Versorgungssystem werden diese gesetzlichen Vorgaben allerdings nicht umgesetzt. Von Ausnahmen abgesehen (Alzheimer Forum 2002) ist eine psychiatrische Rehabilitation als eigenständiges Angebot für gerontopsychiatrische Patienten derzeit nicht etabliert. Die Zielsetzung der sozialen Integration und der Vorbereitung zum Leben in der Gemeinschaft ist jedoch ein Grundanliegen in der Tradition der Psychiatrie seit Griesinger (1845). Mit der Entwicklung sozialpsychiatrischer Konzepte und den Programmen zur Enthospitalisierung ist das Anliegen der Rehabilitation zielgebend für die Behandlung des psychisch kranken alten Menschen geworden. Die Umsetzung dieser Grundorientierung in der Psychiatrie-Personalverordnung von 1990 sieht in den verschiedenen Bereichen einer stationären Behandlung auch einen rehabilitativen Ansatz vor. Dieser Rahmen wird für eine Rehabilitationsbehandlung des psychisch kranken alten Menschen wahrgenommen. In der stationären Regelbehandlung tragen hierbei rehabilitative Maßnahmen zur Zielsetzung bei, den Transfer von Behandlungserfolgen in die gewohnte Alltagsumgebung zu ermöglichen. Am deutlichsten wird dieser Ansatz im Bereich der tagesklinischen Behandlung verfolgt.

Indikationskriterien und Konzept

Gemeinsam mit den somatischen Rehabilitationsverfahren haben die Kriterien der medizinischen Rehabilitation auch für die gerontopsychiatrische Rehabilitation uneingeschränkt Gültigkeit:

- Medizinische Notwendigkeit (Rehabilitationsbedarf): Über die ausreichend eingesetzte kurative Versorgung hinaus drohen durch Störungen der mentalen Funktionen oder der Aktivitäten und Partizipation (WHO 2001) bleibende Beeinträchtigungen von Aktivitäten und sozialer Teilhabe die Eigenständigkeit in wichtigen Lebensbereichen einzuschränken.
- Erfolgsaussicht (Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose): Der Betroffene ist körperlich und seelisch für die Rehabilitationsbehandlung belastbar, ausreichend kommunikations- und lernfähig und auch motiviert, aktiv an einer Krankheitsbewältigung mitzuarbeiten. Die Maßnahme hat auch Aussicht auf Erfolg, weil durch Funktionstraining bzw. Kompensations- oder Adaptationsstrategien entsprechende Verbesserungen wieder erreichbar sind.
- Interdisziplinarität (Komplexleistungen): Die Rehabilitationsbehandlung besteht in einer Koordination von spezifischen Maßnahmen durch die Fachdisziplinen ärztlicher Dienst, Neuropsychologie, Ergotherapie, Sozialarbeit Pflege und Physiotherapie auf der Grundlage eines Rehabilitationsplans. Dieser fasst die jeweiligen fachspezifischen Einschätzungen des aktuellen Leistungsbildes des Patienten, des Verbesserungspotenzials und der dazu geeigneten Maßnahmen zusammen (»Assessment«) und wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.
- Individualität: Das Assessment und die daraus abgeleiteten Maßnahmen orientieren sich an der konkreten Lebenswelt und der Person des Betroffenen (»Kontextfaktoren«) sowie den Besonderheiten der vorliegenden Befunde und Funktionsstörungen, vorhandenen Fähigkeiten und Leistungsreserven.
- Alltagsrelevanz: Entscheidend für einen Rehabilitationseffekt ist für diese Verfahren der Transfer aus der Behandlung in den gewohnten Alltag, dessen Gelingen nur auf der Grundlage von Belastungserprobungen im gewohnten Umfeld mit Alltagsaufgaben beurteilt werden kann.

Maßnahmen der gerontopsychiatrischen Rehabilitation

Die optimale Leistungsfähigkeit ist Voraussetzung für den Erfolg einer rehabilitativen Behandlung und erfordert den konsequenten Einsatz der medizinischen Basistherapie. Rehabilitationsmaßnahmen messen sich an der aktuellen Belastungstoleranz und machen eine kontinuierliche ärztliche Beurteilung notwendig, auf deren Grundlage Anordnung, Koordination und Überwachung der eingesetzten Maßnahmen erfolgt.

Diese bestehen in Funktionstraining und speziellen therapeutischen Verfahren:

- Körperliche Fitness: Zur Besserung werden Beweglichkeit, motorische Geschicklichkeit und Ausdauer trainiert. Die Trainingseffekte können wirksam eingesetzt werden um psychiatrische Symptomatik abzuschwächen und Leistungsfähigkeit sowie Lebensqualität zu verbessern (Mather et al. 2002, Teri et al. 2003).
- Hirnleistung: Zur Verbesserung der kognitiv-amnestischen Leistungsfähigkeit kommen verschiedene Lern- und Aktivierungsprogramme zur Anwendung, die Aufmerksamkeit, Gedächtnisleistungen oder Lerntechniken trainieren. In Abhängigkeit des Beeinträchtigungsgrades werden abgestufte Übungsprogramme eingesetzt. Bis in das fortgeschrittene Stadium der Demenz lassen sich durch systematisches Training erhaltener Gedächtnisfunktionen die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität verbessern. Bekannt sind das Realitäts-, Orientierungstraining (Spector et al. 2000) und das kognitive Stimulationsprogramm (Spector et al. 2003). Durch Nutzung erhaltener Leistungen im Bereich von so genannten impliziten Gedächtnisfunktionen lassen sich auch alltagsrelevante Lernleistungen mit Effekt auf gestörte Verhaltensweisen erzielen (Bayles et al. 2003). Der Gebrauch von Merkhilfen und von Strategielernen wird bei leichten kognitiven Störungen vermittelt. In letzter Zeit sind auch Verfahren zum Trainieren von Exekutivfunktionen entwickelt worden, die beeinträchtigte Handlungskompetenzen im Bereich des Planens, Umsetzung in zielgerichtete Handlungsfolgen und folgerichtiger Durchführung trainieren (Müller et al. 2000). Unter den nicht-organischen psychischen Störungen kann dies eine besondere Relevanz für depressive Störungen haben (Alexopoulos et al. 2003).
- Psychische Bewältigungsstrategien: Ein weiterer Ansatzpunkt besteht darin, dem Patienten einen effektiveren Umgang mit vorhandenen psychischen Störungen beizubringen. Das beinhaltet den Einsatz geeigneter Bewältigungsstrategien und die Verbesserung der psychischen Belastbarkeit bzw. Belastungstoleranz etwa durch ein Entspannungstraining. Bekannt sind das autogene Training und die progressive Muskelentspannung nach Jacobson.
- Soziale Kompetenz: Praktisch beeinträchtigen alle Arten psychischer Störungen die soziale Kompetenz und tendieren so zu Chronifizierung und Sekundärkomplikationen. Als Baustein in die Rehabilitationsbehandlung verschiedener psychischer Störungen eingesetzt, erhöhen Übungsverfahren zur sozialen Kompetenz die Chance für eine erfolgreiche Stabilisierung im Langzeitverlauf. Bewährt haben sich in diesem Bereich insbesondere das Rollenspiel und das Selbstsicherheitstraining. Ein spezielles Selbstsicherheitstraining für alte Menschen zum Abbau von Ängsten und Förderung der sozialen Kompetenzen liegt für den stationären und teilstationären Bereich vor (Stuhlmann 1992).

Neben den oben angeführten Techniken des Funktionstrainings kommen auch spezielle therapeutische Verfahren zum Einsatz.

- Kognitive Verfahren bestehen darin, eine kognitive Neubewertung von Situationen und damit eine Einstellungsänderung mit entsprechenden neuen Erfahrungen zu ermöglichen, irrationale Zielsetzungen abzuschwächen und neue Strategien für alte Probleme zu entwickeln. Zugrunde liegt das Verständnis, dass fehlangepasste, übergeneralisierte Muster und Bewertungen zu situationsinadäquaten Einschätzungen führen und damit zu Angst- und Vermeidungsverhalten. Als Beispiel kann die Kognitive Therapie angeführt werden, die u.a. die Zielsetzung verfolgt, bestimmte negative automatische Gedanken zu korrigieren.
- Verhaltenstherapeutische Verfahren: Bei der Behandlung von Angststörungen hat sich die Expositionsbehandlung (»Angst-Management«) für Phobien und Panikstörungen bewährt. Sie beruht auf dem Prinzip der Habituation und kognitiven Neubewertung von bedrohlich erlebten Situationen.
- Psychotherapeutische Verfahren: Für depressive Patienten gibt es die Interpersonale Therapie (IPT), deren Wirksamkeit sowohl als Akutbehandlung (12–16 Sitzungen) wie auch als Erhaltungstherapie (monatliche Sitzungen über zwei Jahre) zur Rezidivprophylaxe nachgewiesen ist. Sie richtet sich auf die vier Problembereiche Trauer-Verlustverarbeitung, Rollenkonflikte in Partnerbeziehungen, Rollenwechsel sowie den interaktionellen Schwierigkeiten eigene Wünsche zu äußern, sich abzugrenzen und unberechtigte Forderungen abzulehnen.

Einbeziehung von Bezugsperson und frühzeitige Integration in nachbetreuende Versorgungsstrukturen schaffen dabei Voraussetzungen, Behandlungserfolge zu stabilisieren.

Rehabilitationsansatzpunkte in der Praxis

Grundlage der gerontopsychiatrischen Rehabilitation ist die kontinuierliche multiprofessionelle Teamarbeit auf der Grundlage eines Assessments und dem darauf gegründeten Rehabilitationsplan unter ärztlicher Leitung. Wo Organisationsstrukturen diese Arbeitsweise ermöglichen, ist die Umsetzung eines gerontopsychiatrischen Rehabilitationskonzeptes auch möglich. Ambulante Rehabilitationsmöglichkeiten existieren in Tagespflegeeinrichtungen und sind im Rahmen der ärztlichen Praxis in Zusammenarbeit mit den Sozialstationen möglich. Im Pflegeheim bietet sich die Zusammenarbeit zwischen Pflege, Hausarzt und therapeutischem Personal unter einer rehabilitativen Zielsetzung an. Vorstellbar ist auch der Ansatz einer aufsuchenden (mobilen) Rehabilitation.

Um ein gerontopsychiatrisches Rehabilitationskonzept im Rahmen bestehender Versorgungseinrichtungen zu entwickeln, müssen jedoch noch Voraussetzungen geschaffen werden, die derzeit noch nicht ausreichend gegeben sind. Neben einem ausreichenden Personalschlüssel von qualifizierten Fachkräften betrifft dies vor allem die Koordination von Maßnahmen in einer Zuständigkeit und die organisatorischen und leistungsrechtlichen Voraussetzungen für die multiprofessionelle interdisziplinär ausgerichtete Teamarbeit.

Literatur

Alexopoulos GS, Raue P, Arean P (2003) Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. Am J Geriatr Psychiatry,11: 46–52.

Alzheimer Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling: Ein Behandlungsprogramm für eine neue Zielgruppe. Alzheimer Forum (Hg.) (1999) Jahresbericht, URL: http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/5/BadAibling JB199.html.

Bayles KA, Kim ES (2003) Improving the functioning of individuals with Alzheimer's disease: emergence of behavioral interventions. J Commun Disord. 36: 327–343.

Bickel H (1996) Pflegebedürftigkeit im Alter: Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. Gesundheitswesen 1996, 58, Sonderheft 1: 56–62.

Bickel H (2001) Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. Gesundheitswesen, 63: 9–14.

Bundesgesetzblatt (1990) Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie. Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV 18.12.1990.

Cole MG, Bellavance FG, Mansour A (1999) Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry, 156: 1182–1189.

Gräßel E (1998) Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Z Gerontol Geriatr, 31: 57–62.

Griesinger W (1964) Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Nachdruck der 2. Aufl. von 1867. Bonset-Publishers, Amsterdam.

Helmchen H, Baltes MM, Geiselmann B et al. (1996) Psychische Erkrankungen im Alter. In: Mayer KU, Baltes PB (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin, 185–219.

Heßlinger B, Härter M, Barth J et al. (2002) Komorbidität von depressiven Störungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Nervenarzt, 73: 205–218.

Katon WJ, Lin E, Russo J et al. (2003) Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. Arch Gen Psychiatry, 60: 897–903.

Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM et al. (2001) The association of late-life depression and anxiety with physical disability. J Geriatr Psychiatry, 9: 113–135.

Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF et al. (2003) Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. British J Psychiatry, 180: 411–415.

Müller SV, von der Fecht A, Hildebrandt H et al. (2001) Kognitive Therapie von Störungen der Exekutivfunktionen. Neurol Rehabil, 6: 313–322.

Stuhlmann W (1992) Angst und Selbstsicherheit bei alten Patienten. Z Gerontol, 25: 373–379.

Spector A, Orrell M, Davies S et al. (2000) Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence-based therapies for people with dementia, Neuropsychol Rehab, 11: 377–397.

Spector A, Thorgrimsen L, Woods B et al. (2003) Efficacy of an evidence based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. British J Psychiatry, 183: 248–254.

Teri L, Gibbons LE, McCurry SM et al. (2003): Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease. JAMA, 290: 2015–2022.

WHO (2001) International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Deutscher Entwurf zu Korrekturzwecken. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hg.), Stand 24.09.2002, www.dimdi.de.

Krankheit als Lebensmittelpunkt: Wie mache ich alles falsch?

Sibylle Prins

Zu dem Thema, was ich als Betroffene dazu beitragen kann, dass mein psychisches Befinden und meine soziale Lage auf einem schlechten Niveau stagnieren oder sich sogar langfristig weiter verschlechtern gäbe, es viel mehr zu sagen, als ich in der verfügbaren Zeit vortragen kann. Es ist zudem ein etwas gefährliches Thema, denn manchmal habe ich den Eindruck, die Verantwortung dafür, was in dieser Hinsicht falsch gemacht werden kann, wird komplett auf uns Psychiatrie-Erfahrene abgeladen, das heißt, wir wären diejenigen, die durch unser Verhalten, unsere Fehler, unser Nichtbeherzigen von Ratschlägen, die Nichtannahme von Einsichten oder Angeboten die Hauptschuldigen sind. Deshalb begrüße ich natürlich eine Veranstaltung, in der alle Beteiligten erforschen wollen, was *ihr* jeweiliger Beitrag ist.

Krankheitseinsicht und Eigensinn

Bei der Vorbereitung einer solchen Rede denkt man immer auch an das Publikum und daran, was dieses möglicherweise erwarten wird. Als ich das tat, ist mir sofort eingefallen: bestimmt muss ich hier etwas zum Thema »Krankheitseinsicht« sagen. Das werde ich im engeren Sinne aber nicht tun. Dieses Thema ist hochkomplex und sehr individuell. Vor einigen Wochen gab es bei uns in Bielefeld eine Veranstaltung gerade zu diesem Thema, und ich stellte verblüfft fest, dass – je nach Betroffenheit, Vorerfahrungen oder Berufsgruppe – unter dem Stichwort »Krankheitseinsicht« völlig verschiedene Dinge verstanden werden können. Einige Menschen lehnen den Krankheitsbegriff völlig ab. Andere akzeptieren ihn zähneknirschend. Wieder andere finden ihn für sich passend. »Krankheitseinsicht«, so erfuhr ich, kann bedeuten, dass man sich während der Krise krank fühlt. Es bedeutet für manche, dass man das Erlebte als rein biologische Hirnstörung ansieht. Manche verstehen aber darunter, dass man erkennt, hilfsbedürftig zu sein. Für einige bedeutet es, dass man sich hinterher mit der psychischen Krise auseinander setzt. Manche meinen sogar, es hieße lediglich, einzusehen, dass man zu einer schwierigen Situation auch selbst einen Teil beigetragen hat. Hinzu kommen solche paradoxen Phänomene, dass es beispielsweise Menschen gibt, die sich zwar keineswegs als krank empfinden, aber trotzdem eine größere oder kleinere Behandlungsbereitschaft aufweisen. Meine eigene so genannte »Krankheitseinsicht« hat im Laufe der Jahre eher ab- als zugenommen, womit ich übrigens recht gut fahre. Ich will mich daher an diesem Thema ein wenig

vorbeimogeln, denn dazu müsste man eigentlich eine eigene Veranstaltung machen. Trotzdem will ich es nicht ganz aus den Augen verlieren und mich ihm seitlich nähern, und zwar über das Thema Eigensinn. Dr. Thomas Bock hat des Öfteren Psychosen der verschiedenen Arten als eine besondere Form von Eigensinn beschrieben. Ich musste darüber einerseits ein wenig schmunzeln, andererseits steckt für mich die ernsthafte Frage dahinter, ob man eine Psychose nicht als misslingenden Individuationsversuch ansehen kann. Ich werde allerdings nicht auf diesen Eigensinn eingehen, der sich möglicherweise im Ausbruch und Verlauf einer psychischen Erkrankung manifestieren könnte, sondern dies etwas weiter fassen, wobei dann nicht mehr nur Psychosen, sondern auch andere psychische Probleme erfasst werden. Ich will eingehen auf jene Art von Eigensinn, die sich – so zumindest meint es die Umgebung – im Umgang mit der Problematik, bei der Bewältigung des nun veränderten oder zu verändernden Alltags, bei dem Versuch der nicht bloß beruflichen Wiedereingliederung zeigt. Diesen Eigensinn stellte ich nach meiner zweiten Psychose auch bei mir selbst fest. Darüber war ich ganz überrascht, denn einen solchen Charakterzug kannte ich von mir gar nicht. »Was ist das denn jetzt plötzlich«, so dachte ich. Ich habe dafür auch nicht einmal den relativ neutralen Begriff »Eigensinn« verwendet, sondern diese neu aufgetretene Persönlichkeitseigenschaft etwas abwertend als kindlichen oder pubertären Trotz bezeichnet. So richtig wohl war mir nicht dabei, diesen plötzlich aufzuweisen. Aber: Dieser Trotz oder Eigensinn hat mir, um es mal pathetisch auszudrücken, das Leben gerettet, sogar in physischem Sinne, weil er mich vor suizidalen Handlungen bewahrt hat, etwa in der Weise: Ich lasse mich aus diesem Leben nicht rausekeln, ich will keine psychiatrische Statistik über die Suizidhäufigkeit von psychisch Kranken bereichern. Der Eigensinn hat dazu geführt, dass ich zwar einiges an psychiatrischer Hilfe in Anspruch nahm, andere psychiatrische Möglichkeiten aber, die man durchaus für sinnvoll hätte halten können, ablehnte und mit meinen Problemen lieber selbst fertig werden wollte oder notfalls sogar darauf hängen bleiben wollte. Er hat bewirkt, dass ich trotz mehrfacher Psychosen und langanhaltender Depressionen noch sehr lange einen Arbeitsplatz auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt innehatte, und als diese Durchhalterei dann endgültig keinen Sinn mehr machte, naht- und mühelos in ein bereits in Ansätzen aufgebautes neues Leben umsteigen konnte. Ich halte also den Eigensinn für eine lebenswichtige Ressource, für eine Energiequelle: Darin steckt der Wille zur Gesundheit, darin steckt der Drang, doch noch zu einem guten und erfüllten Leben zu gelangen. Was man dabei aber falsch machen kann: Man kann diesen Eigensinn in die falsche Richtung lenken. In den ersten Jahren unserer Selbst-

hilfegruppe ist mir gleich aufgefallen, dass wir Psychiatrie-Erfahrenen dieses Maß an Eigensinn durchaus gemeinsam haben, diesen jedoch völlig verschieden einsetzen. Und so kann man einfach an den falschen Fronten kämpfen. Es macht beispielsweise in gewissen Phasen des Lebens Sinn, das Thema Medikamente in den Vordergrund zu rücken: wenn man erstmals damit zu tun hat, wenn die Nebenwirkungen so stark sind, dass sie Leben mehr verhindern als fördern, wenn man planen will, was bei einer wiederholten Krise zu tun sei, wenn man nach längerer Einnahme noch mal neu überlegt: muss das wirklich sein, geht es nicht auch anders – usw. Es gibt aber auch Phasen, wo meines Erachtens das Kreisen um die Medikamentenfrage, das Austragen von Uraltkonflikten mit Angehörigen, das Aufrechnen negativer Psychiatrie-Erfahrungen nicht das wichtigste Thema sein dürfen, weil man sich darin unnötig aufreibt, seine Energien verschwendet und die eigentlich anstehenden Lebensprobleme ungelöst bleiben. Die Aufgabe wäre also, zu reflektieren: Was mache ich mit diesem Power-Pack, meinem Eigensinn, wo soll es hingehen?

Krankheit als Lebensmittelpunkt

Nun setzen sich Krankheiten, insbesondere psychische Krankheiten, frecherweise einfach in das Zentrum des Lebens eines Betroffenen, der mit diesem Leben eigentlich ganz etwas anderes vorhatte. Es ist natürlich sinnvoll, sich dieser zentralen Frage dann auch intensiv zuzuwenden. Aber: Muss die Krankheit ewig in diesem Zentrum bleiben oder kann man ihr nicht doch auf Dauer einen bekömmlicheren Platz zuweisen? Das ist von verschiedenen Bedingungen abhängig – was trage ich selbst dazu bei? Die psychischen Probleme aus dem Brennpunkt zu rücken, schafft man u. a. dann schlecht, wenn die Erkrankung das einzig und am stärksten interessante und interessierende Ereignis im Leben ist und bleibt. Das Menschen sich mit einer Krankheit bei anderen interessant machen, ist ein Phänomen, was man auch von körperlichen Erkrankungen gut kennt. Was mich eher bedrückt ist, wenn die psychische Krise für den Betroffenen selbst das Einzige ist, was für ihn/sie an seinem oder ihrem Leben interessant ist. Ein Gegenmittel wäre, dass man persönliche, nicht mit der Krankheit zusammenhängende Interessen, Tätigkeiten und Beziehungen zulässt, aufbaut und fördert. Dabei ist mitunter die Unterstützung der Umgebung ausschlaggebend, weil ich selbst von der Krise und der Psychiatrie-Erfahrung so mitgenommen sein kann, dass ich dies zu dem Zeitpunkt nicht schaffe.

Resignation und Selbstaufgabe

Anfangs erwähnte ich den Eigensinn als notwendige, aber reflektiert zu benutzende Ressource. Manche Menschen verlieren im Laufe ihrer Erkrankung und Psychiatrie-Erfahrung diese Ressource. Sie sehen sich selbst nur noch als krank – womöglich unheilbar krank – nicht im geringsten belastbar, und haben kein Vertrauen mehr in sich selbst oder ihre Fähigkeiten. Sie haben nicht nur vorübergehend, sondern für sehr lange Zeit das Gefühl, ihr Leben nicht im Kleinsten selbst gestalten zu können. Es kann dazu kommen, dass man dann nicht zu wenig, sondern zu viel psychiatrische Hilfe in Anspruch nimmt. Mich wundert ein wenig, dass das Konzept des »Recovery«, d.h. die zugrunde liegende Annahme, dass ein Mensch von einer psychischen Krise wieder ganz oder wenigstens weitgehend gesunden kann, nun als völlige Neuentdeckung gefeiert wird. Eigentlich sollte das eine selbstverständliche Haltung sein, aber es gibt auch Psychiatrie-Erfahrene, die sich selbst nicht mehr als zumindest potenziell gesunde Personen wahrnehmen können. Und, auf den Alltag bezogen herrscht oft eine Art selbstbestrafender Umgang mit sich selbst vor: manchmal kann das Leben durch psychische Probleme ja sehr eingeschränkt werden. Traurig und vor allem kontraproduktiv ist es aber, wenn man aus lauter Hoffnungslosigkeit, Resignation, Selbsthass oder Verbitterung auch auf die Erfüllung jener Wünsche verzichtet, die durchaus noch erreichbar sind und im Bereich des Möglichen liegen, realisierbare Erfüllungen, Genüsse, und, ja auch Vergnügungen unbeachtet lässt und nicht verwirklicht. Dazu gehört übrigens auch die mangelnde Geduld im Umgang mit sich selbst.

Einen Rosengarten erwarten

Wenn jemand sehr stark leidet und sehr unter Druck steht, stellt er/sie sich oft die Lösung dieser Situation als das andere Extrem vor: als ein wunderbares, traumhaftes Nirwana, in dem alle Hindernisse innerer und äußerer Art beseitigt sind, es keine Probleme, keine unangenehmen Verpflichtungen und vor allem keine negativen Gefühle, keine Ängste, keine Unlust mehr gibt. Das scheint so eine Art emotionaler Mechanismus zu sein, den ich übrigens ganz verständlich finde. Trotzdem: Das Leben ist natürlich kein Rosengarten. Und selbst wenn man dann vielleicht doch so eine Art persönlichen Rosengarten gefunden haben mag: Rosen haben im Allgemeinen Dornen, d.h. auch gute Entwicklungen haben ihre Schattenseiten. Sie folgen in ihrem Wachstum den Jahreszeiten: sprießen, erblühen und verwelken auch wieder

– das Leben verändert sich auch ständig. So ein Garten macht eine Menge Arbeit, da muss gejätet, gedüngt, gegossen, gehackt, geschnitten werden. Mit dieser blumigen Umschreibung will ich Sie vorsichtig auf meinen protestantischen Hintergrund vorbereiten: Ich bin zwar froh, dass ich aufgrund meiner Erkrankung von allerlei Pflichten, die andere Erwachsene haben, befreit bin – ein Leben ganz ohne Pflichten und Verpflichtungen wäre für mich nicht erstrebenswert. Ich darf heute viele Dinge tun, die ich gern tue und die mir Freude machen – aber es bleibt ein Anteil von Aufgaben, die ich ungern tue, zu denen ich mich immer wieder neu überwinden muss. Ich finde das richtig, dass es auch dies in meinem Leben gibt. Das ist vielleicht sogar der wesentlichste Teil der viel beschworenen Normalität. Nun gab es Zeiten, wo gerade solche Aufgaben mir zu viel waren, nicht schaffbar schienen, mir über den Kopf wuchsen. Geholfen hat mir in dieser Situation ein Ratschlag eines amerikanischen Schriftstellers, der dazu aufrief, jeden Tag eine – und nur eine – Sache zu tun, zu der man keine Lust habe. Das sei wichtig als Vorbereitung auf schwierige Zeiten. Ich kann sagen: Der Ratschlag hilft auch, wenn die schwierigen Zeiten da sind.

Es ist normal, Fehler zu machen

Ich könnte über das Thema, was man als Betroffene alles falsch machen kann, drei Tage und drei Nächte reden. Vor allem deshalb, weil ich nahezu alle Fehler, die man machen kann, auch irgendwann selbst gemacht habe und fleißig mit dem Fehlermachen fortfahre. Es finden sich immer neue Varianten. Weitere Punkte wären z.B. das Stigma, das psychische Erkrankung mit sich bringt, allzu sehr zu übernehmen oder überall zu wittern, die Themen erlernte Hilflosigkeit und erlernte Unfähigkeit, Überschätzung und Idealisierung von Nichtbetroffenen – oder umgekehrt, Abwertung Nichtbetroffener und Idealisierung der eigenen Betroffenengruppe, persönliche Grenzen zu weit oder zu eng oder an der falschen Stelle zu stecken, sich zu viel oder zu wenig zurückzuziehen. Aus Zeitgründen muss ich es beim Anreißen dieser wenigen Punkte belassen. Eine kleine Sache will ich aber noch aufgreifen. Bereits in den ersten Jahren meiner Psychose-Erfahrung bekam ich natürlich von anderen – Freunde, Angehörige, Therapeuten – viele Hinweise und Ratschläge, wie ich meine Probleme bewältigen könnte. Manche dieser Ratschläge waren untauglich oder undurchführbar, manche in sich widersprüchlich, manche kamen zum falschen Zeitpunkt. Einige waren aber dabei, die ich im Nachhinein eigentlich ganz sinnvoll und einleuchtend finde – nur, ich habe damals nicht verstanden, was damit gemeint war, oder wie ich sie kon-

kret in mein Leben umsetzen könnte. Heute bin ich deshalb ein wenig sauer: auf die Ratgebenden, die mir das Wichtigste an ihrem Wissen oder Erfahrung damit vorenthielten. Auf mich selbst, weil ich nicht genug nachgefragt und nachgehakt habe, mich nicht traute, dumme Fragen zu stellen und meinem Gegenüber deutlichere Aussagen zu entlocken. Vielleicht wäre mir manches erspart geblieben. Hinterher weiß man es immer besser.

Im Bann der Krankheit leben – oder: Wie können Angehörige chronifizieren?

Susanne Heim

Wenn ich hier aus dem Nähkästchen plaudere, dann schöpfe ich aus einem Fundus, der reich gefüllt ist mit authentischen, selbst erlebten und miterlebten Geschichten, mit persönlichen Erfahrungen als depressive Patientin und als schizophrenogene Mutter, die sich seit 20 Jahren in der Angehörigen-Selbsthilfe engagiert.

Als treu sorgende Angehörige mache ich mir natürlich nicht nur Gedanken um mein eigenes Wohlergehen, sondern selbstverständlich und zuallererst um das meines erkrankten Familienmitglieds – und dann natürlich auch um seine professionellen Helfer. Schließlich bin ich auf die Unterstützung beider Parteien angewiesen, um erfolgreich zu chronifizieren. Mit und vor allem *von* der Krankheit leben geht nämlich nur, wenn alle mitspielen: im Trialog.

Wichtigste Voraussetzung dafür ist, dass die Rollen klar definiert und einvernehmlich aufgeteilt sind:

- Hier die Patienten – mit und ohne Krankheitseinsicht, überwiegend ohnmächtige Opfer von Familie, Gesellschaft und Psychiatrie.
- Dort die Behandler – mit unbeschränkter Definitions- und Medikationsmacht, beschränkter Wahrnehmung und Gesprächsfähigkeit, überwiegend pharmagläubig.
- Dazwischen die Angehörigen als Prell- und Sündenböcke – mit schuldbewusster Opferbereitschaft, überwiegend autoritätsgläubig.

Gemeinsam ist allen drei Gruppen das gekränkte Bewusstsein, mit dem Stigma Psychiatrie behaftet zu sein und deshalb von Verwandtschaft, Freunden, Nachbarn und Kollegen schief angesehen und von der Gesellschaft insgesamt diskriminiert zu werden.

Damit nun keiner aus der Rolle fallen muss, empfiehlt es sich, so früh wie nur irgend möglich anzufangen mit der Prävention. Und da sind wir Eltern natürlich ganz besonders in der Pflicht: Schärfen Sie Ihren Blick für unangepasstes Verhalten! Beobachten Sie Ihre Kinder von Geburt an – spätestens mit Beginn der Pubertät wird es kritisch. Am besten, Sie besorgen sich die Checkliste eines Früherkennungszentrums und prüfen regelmäßig, ob Ihre geliebte Nervensäge sich noch normal renitent verhält oder womöglich schon Frühsymptome einer psychischen Erkrankung entwickelt. Wie zum Beispiel: Gereiztheit, häufiger als früher Streit und Diskussionen mit familiären Bezugspersonen, Freunden oder anderen Leuten. Auffälliges Nachlassen der Ausdauer und Motivation in Schule oder Ausbildung und bei Freizeit-

unternehmungen. Mehr oder weniger Appetit als normalerweise. Und überhaupt: Vernachlässigen von Ernährung, Körperhygiene, Kleidung, Ordnung im persönlichen Bereich …

Wehren Sie den prodromalen Anfängen!

Zögern Sie nicht, in vorbeugende Panik zu geraten! Wie wir ja alle wissen, kann *jeder* Mensch Opfer einer psychotischen Krise werden. Und die Gefahr ist bekanntlich ganz besonders groß in kritischen Lebensphasen wie der Pubertät, der Ablösung von den Eltern, Auszug aus dem Elternhaus, Aufnahme und Abschluss von Studium bzw. Ausbildung, Eintritt ins Berufsleben, Verliebtheit, Bindung an einen Partner, Geburt eines Kindes und Trennungen aller Art. Wann immer es gilt, Vertrautes aufzugeben, sich neu zu verorten und Verantwortung zu übernehmen, ist Gefahr im Verzuge. Also:

Bewahren Sie Ihr Kind vor allen Herausforderungen!

Sollte Ihnen das nicht so ganz gelingen: Beim ersten Anzeichen von normabweichend zögerlichem oder gar eigensinnigem Verhalten sofort zum Früherkennungszentrum oder einem niedergelassenen Psychiater und den Hirnstoffwechsel prüfen lassen! Denn der pflegt bei empfindlichen Leuten ganz schnell zu entgleisen – und dann ist die Psychose da. Deshalb ist es ratsam, frühzeitig vorbeugend mit Psychopharmaka gegenzusteuern. Sollte der Verdächtige die Mitwirkung verweigern: Macht nichts. Verbünden Sie sich mit dem Doktor und mischen Sie Ihrem bockbeinigen Nicht-Patienten die Pillen heimlich ins Essen. Und halten *Sie* Kontakt mit dem behandlungswilligen Arzt, der Ihnen die Rezepte ausstellt.

Ein solches Verfahren empfiehlt sich im Falle der Uneinsichtigkeit auch, wenn sich die Erkrankung trotz aller vorsorglichen Fürsorge nicht verhindern ließ. Auf diese Weise bewahren wir die Betroffenen vor Selbsterfahrung und Eigenverantwortung. Schließlich sind sie krank, also dazu gar nicht in der Lage.

Schonung ist angesagt!

Denn sie sind ja so verletzlich – vulnerabel wie rohe Eier. Nur kein Stress, kein böses Wort, keine Auseinandersetzung! Angehörige müssen verständnisvoll, geduldig, immer freundlich ausgeglichen und allzeit verfügbar sein. Ärgern Sie sich nicht über unverschämte Forderungen, nehmen Sie Beschul-

digungen und Beschimpfungen nicht persönlich, auch gewalttätige Wutausbrüche sind nicht so gemeint. Das kommt vom gestörten Hirnstoffwechsel – die Kranken können nichts dafür! Man muss ihnen alles verzeihen, denn sie wissen nicht, was sie tun. Und wenn Ihr Angehöriger bedenkenlos Schulden macht oder sonst etwas verbockt: Bügeln *Sie* den Schaden wieder aus! Keinesfalls kann und darf einem psychisch kranken Menschen zugemutet werden, für sein Tun und Lassen selbst gerade zu stehen.

Stellen Sie Ihre liebevolle Verbundenheit durch solidarisches (Mit-)Leiden unter Beweis. Nur herzlose Mitmenschen kümmern sich nicht. Unser Credo aber lautet: Ich leide, weil du leidest und wenn du leidest, weil ich leide, weil du leidest, weil ich … weil du … weil ich …

Werden Sie selbstlos!

Verzichten Sie auf alles, was Ihnen einmal gut getan oder gar Vergnügen bereitet hat. Wenn es Ihrem Patienten schlecht geht, darf es Ihnen nicht gut gehen! Und weil psychische Erkrankungen unberechenbar sind, können Sie Verabredungen allenfalls noch unter Vorbehalt treffen – sagen Sie im Zweifel immer wieder kurzfristig ab. Ihre lernfähigen Freunde werden Sie schon bald nicht mehr mit Besuchen und/oder verlockenden Einladungen belästigen. Verreisen können Sie sowieso nicht mehr. Man kann einen kranken, unentwegt vom Rückfall bedrohten Menschen nicht sich selbst überlassen – ganz alleine in der Wohnung, schon gar nicht über Nacht! Er würde womöglich die Haustür sperrangelweit offen stehen lassen, mit der brennenden Zigarette vor dem Fernseher einschlafen oder vergessen, die Herdplatte auszuschalten!

Gestalten Sie Ihr Zuhause konsequent zum Privatsanatorium um!

Und machen Sie dieses zu Ihrem Lebensmittelpunkt. Trainieren Sie Ihre Antennen für die Befindlichkeit Ihres Patienten. Beobachten Sie unablässig sorgsam, aber unauffällig seine Mimik und tarieren Sie Ihr Befinden und Verhalten darauf aus. Nehmen Sie nichts mehr auf die leichte Schulter. Der nächste Rückfall wartet nur auf seine Chance. Sie wissen ja, psychische Krankheiten lassen sich nicht heilen, allenfalls medikamentös unter Kontrolle halten. Unter diesem Damoklesschwert ist Sorglosigkeit sträflich. Unbeschwerte Fröhlichkeit und Humor haben in einem derart leidgeprüften Haus schon gleich gar nichts mehr verloren.

Lassen Sie sich um Himmels willen nicht dazu verführen, eine Angehörigengruppe aufzusuchen!

Dort treffen Sie doch nur auf Leute mit dem gleichen schweren Schicksal und müssen sich auch noch deren Leid anhören. Das belastet und entmutigt nur noch mehr. Oder weckt womöglich falsche Hoffnungen – und dann ist die nächste Enttäuschung schon wieder vorprogrammiert. Helfen kann Ihnen ohnehin keiner. Schließlich ist Ihre Situation die allerschwierigste von allen.

Denn Eltern bleiben immer die Eltern und also verantwortlich für ihre Kinder und deren Schicksal ihr Leben lang. Beziehungsweise: Einen kranken Partner kann man nicht einfach fallen lassen. Kinder gehen früher oder später aus dem Haus und ihrer eigenen Wege, aber beim Partner bleibt man in der Pflicht – wie versprochen, in guten und in schlechten Zeiten. Lebenslänglich.

Dringend abzuraten ist ebenso vom Besuch eines Psychose-Seminars

Der Name täuscht. Das ist nämlich gar keine Lehrveranstaltung, sondern soll dem Erfahrungsaustausch dienen zwischen Betroffenen, Angehörigen und psychiatrisch Tätigen – als Experten in jeweils eigener Sache. Also, da werden Sie womöglich noch zusätzlich verunsichert. Und vom Reden wird eh nichts besser. Deshalb ist ja, wie Ihr Psychiater gern bestätigt, Psychotherapie für Psychosekranke eher gefährlich als hilfreich. Auch für Sie selbst wären aufwühlende psychotherapeutische Gespräche das reinste Gift. Glauben Sie dem studierten Fachmann – immer, alles, unbesehen. Es sei denn, Sie sind anderer Meinung.

Gehen Sie allenfalls zur Psychoedukation

– insbesondere dann, wenn Ihr kranker Angehöriger von Behandlung und Psychopharmaka nichts wissen will. Danach wissen wenigstens *Sie* alles über Krankheitsbilder, -symptome und -verläufe, Behandlungsansätze, sämtliche Medikamente, Wirkstoffe und Wirkungsweisen. Wissen ist Macht.

Falls der/die Erkrankte sich doch noch in ärztliche Behandlung begeben sollte – freiwillig oder unfreiwillig –, dann können Sie auch kompetent kontrollieren, ob die optimalen Mittel in optimaler Dosierung verordnet werden und notfalls auf Abänderung drängen. Sollte es darüber zu Unstimmigkeiten mit dem inkompetenten Doktor kommen: Denken Sie daran, wir

haben immer noch freie Arztwahl. Bewegen Sie den Patienten zu einem Wechsel – oder, wenn er (noch) in der Klinik ist, holen Sie ihn nach Hause! Sie kennen ihn am besten und wissen am besten, was für ihn am besten ist!

Deshalb sollten Sie sich auch um eine gesetzliche Betreuung bemühen. Lassen Sie aber niemals zu, dass die einem ahnungslosen Außenstehenden übertragen wird, womöglich noch einem Berufsbetreuer! Die wollen nur Geld verdienen und möglichst wenig tun. Wenn Sie da nicht ständig hinterher sind … Sparen Sie sich den zusätzlichen Ärger, übernehmen Sie den Job von vornherein.

Übrigens sollten Sie sich rechtzeitig hinter Ihren Bundestagsabgeordneten klemmen, damit er bei der anstehenden Gesetzesänderung demnächst für die generelle Bevollmächtigung der nächsten Angehörigen stimmt. Dann bleibt uns der Huddel mit den gesetzlichen Betreuungen erspart. Dann sind wir per Gesetz automatisch zuständig – praktisch/moralisch sind wir das ja sowieso immer schon gewesen.

Wohnt Ihr kranker Angehöriger nicht (mehr) bei Ihnen:

Bleiben Sie in sorgenvoll anteilnehmender Verbindung!

Rufen Sie jeden Abend an, um zu hören, ob alles in Ordnung ist. Und wenn Sie zur Antwort bekommen: »Ja, ja, alles klar. Es geht mir gut.« Lassen Sie sich nichts vormachen! Man will Sie ja bloß nicht beunruhigen. Bleiben Sie skeptisch und auf alles gefasst. Morgen kann schon wieder alles anders sein.

Selbst wenn die gute Phase einmal ungewöhnlich lange anhalten sollte: Kein Grund zur Entwarnung! Bleiben Sie auf der Hut, lassen Sie sich Ihre pessimistische Grundhaltung nur ja nicht nehmen. Denken Sie immer an die vielen Enttäuschungen, die sie schon erlebt haben. Jede Krise eine Katastrophe.

Es soll zwar Leute geben, die von sich behaupten, sie seien – sogar noch nach mehreren Rückfällen – dauerhaft gesundet und führten ein eigenständiges, zufriedenes Leben. Sie seien sogar wieder erwerbstätig. Aber das sind ganz seltene Einzelfälle. Und die hatten höchst wahrscheinlich gar keine *richtigen* Psychosen. Jedenfalls waren sie ganz bestimmt niemals so schwer krank wie Ihr hoch vulnerables Sorgenkind!

Psychoedukation – ein wirksames Instrument der Sekundärprävention

Josef Bäuml und Gabi Pitschel-Walz

Prävention

Der Begriff »Sekundär-Prävention« impliziert das »Schon-zu-spät-dran-Sein«. Das heißt im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext, dass der erstmalige Ausbruch einer seelischen Erkrankung nicht verhindert werden konnte. Dieser Sachverhalt ist typisch bei der Erstmanifestation von schizophrenen Psychosen. Auch wenn sich bei den meisten Patienten mehrere Jahre vorausgehende unspezifische Prodromi wie depressive Verstimmungen, Konzentrationsschwächen oder soziale Verhaltensauffälligkeiten retrospektiv identifizieren lassen, so muss nach wie vor konstatiert werden, dass diese Symptome in den allermeisten Fällen zu wenig typisch sind, um die eigentlich zugrunde liegende Haupterkrankung rechtzeitig zu entdecken. Im späteren Verlauf lassen sich diese Frühwarnzeichen sehr viel besser zuordnen und als drohende Reexazerbation der Erkrankung definieren, im Vorfeld der Erstmanifestation sind sie aber nach wie vor keine richtungsweisende Hilfe.

Das heißt, eine gezielte Primärprävention ist derzeit noch im experimentellen Stadium. Mit dem Forschungsansatz der Früherkennungszentren (Heinz, Juckel 2005) verbindet sich die Hoffnung, dass künftig durch verfeinerte Untersuchungsinstrumentarien und eine entsprechend gesteigerte Sensibilität von Bezugspersonen bei High-risk-Kindern eine frühere Erkennung von Risikoverhalten mit Einleitung entsprechend protektiver Therapien möglich sein wird. Von einer bereits für die Routine-Versorgung brauchbaren Methodik kann leider noch nicht gesprochen werden.

Deshalb konzentrieren sich alle psychiatrisch-psychotherapeutischen Maßnahmen auf den Bereich der *Sekundärprävention*, um durch eine konsequente Behandlung und Einleitung einer Rezidivprophylaxe die spätere Notwendigkeit einer Tertiärprophylaxe möglichst überflüssig zu machen.

Auch wenn die klassische Primärprävention noch nicht zur spezifischen Verhütung schizophrener Erkrankungen eingesetzt werden kann, sollten zumindest die unspezifischen protektiven Möglichkeiten systematischer und konsequenter genutzt werden als bisher. Dies betrifft in erster Linie den Bereich der Psychohygiene, die Realisierung einer kinder- und familienfreundlichen Sozialpolitik, um das Heranwachsen der Kleinkinder in materiell gesicherten Verhältnissen mit zufriedenen und nicht überforderten Eltern zu ermöglichen. Dies beinhaltet auch die optimale Betreuung von Risikofamilien, wie z. B. von Müttern oder Vätern, die selbst an einer psychischen Grund-

erkrankung leiden und durch die Erziehungsaufgabe überfordert sein könnten; dies gilt ganz besonders für schizophren erkrankte Elternteile. Dies betrifft auch speziell die Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitung; peripartale Komplikationen wie eine mangelhafte Sauerstoffversorgung während der Geburtsphase etc. scheinen einen erheblichen Risikofaktor für die spätere Entstehung einer schizophrenen Erkrankung darzustellen (siehe Warner 2004 in diesem Buch).

Als Fazit der bisherigen Verlaufsstudien kann gefolgert werden, dass es sich bei etwa 10–15 % der schizophren Erkrankten um eine einmalige Episode handelt. Umgekehrt muss bei etwa 15–20 % der Erkrankten mit einem chronischen Verlauf gerechnet werden; d.h., eine Vollremission der Beschwerden bzw. eine Restitutio des prämorbiden Ausgangniveaus lässt sich nicht mehr erreichen.

Beim überwiegenden Teil der Erkrankten, also etwa 60–70 %, handelt es sich um rezidivierende Verläufe. Diese Population ist eine Domäne der Sekundärprävention. Die Langzeitprognose des Großteils dieser Erkrankten hängt davon ab, ob es bereits zu Beginn der Erkrankung gelingt, die drohende kontinuierliche Verschlechterung abzuwehren und die Wiederannäherung an das prämorbide Gesundheitsniveau zu erreichen. Neuere Studien zeigen, dass die Remissionsdauer pro Rezidiv länger dauert (Leucht 2004). Neben sozialen Handicaps, die aufgrund von Wiedererkrankungen zunehmen und die Reintegration in den Alltag erschweren, scheinen auch neurobiologische Phänomene von Bedeutung zu sein. Neueren Untersuchungen zufolge stellt eine floride schizophrene Erkrankung eine neurotoxische Belastung für das Zentralnervensystem dar, sodass die Verkürzung von Erkrankungsphasen per se einen Prognose verbessernden Faktor darstellt. Einer selbstverständlich möglichst nebenwirkungsarmen Langzeitbehandlung mit Neuroleptika scheint somit nicht nur eine quantitative Rezidivreduktion, sondern auch eine qualitative Neuroprotektion zuzukommen (Heinz, Juckel 2004).

Ziele der Sekundärprävention

Um das Wiederauftreten von Rezidiven zu vermeiden, müssen die von der Erkrankung Betroffenen möglichst umfassend über die Hintergründe ihrer Erkrankung und die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten informiert werden. Dadurch soll es zu einer Verstärkung des Empowerments kommen, sodass die Betroffenen ihre eigenen Mitwirkungsmöglichkeiten optimal entfalten können. Gleichzeitig muss das soziale Umfeld auf Verhal-

tensauffälligkeiten und die sich daraus ableitenden Empfehlungen für den Umgang mit den Erkrankten vorbereitet werden. Dadurch soll es zu einer nachhaltigen Stärkung des protektiven Potenzials der Angehörigen kommen. Gleichzeitig müssen alle psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen in die Wege geleitet werden, um die Ressourcen der Betroffenen zu stärken und krankheitsimmanente Handicaps möglichst auszugleichen. In der Regel bedarf es bei den meisten seelischen Erkrankungen, insbesondere bei der Schizophrenie, einer konsequenten Pharmakotherapie, um der basalen Erkrankungsvulnerabilität gerecht zu werden. Die hierzu erforderliche Verbesserung der Compliance stellt ebenfalls eine Domäne der Sekundärprävention dar.

Bei Rekapitulation dieser Aspekte wird deutlich, dass all diese Ziele nahezu identisch mit den Zielsetzungen der Psychoedukation sind.

Psychoedukation

Psychoedukative Behandlungsverfahren stellen ein zentrales Bindeglied dar, um die von professioneller Seite initiierten Behandlungsverfahren optimal mit dem Selbsthilfepotenzial von Patienten und Angehörigen zu kombinieren. Diese der Verhaltens- und Gesprächstherapie sehr nahe stehenden Therapieverfahren verstehen sich als ein »Bündel konkreter Methoden und Vorgehensweisen« innerhalb einer multimodalen Behandlungskette mit gezielter Verknüpfung von biologischer Psychiatrie und Psychotherapie.

Primär wurde diese Behandlungsform bei schizophren erkrankten Patienten entwickelt, um die medikamentöse Basisbehandlung durch ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Maßnahmenbündel zu unterstützen (Anderson et al. 1981). Dabei sollte die edukative Seite dieses Programms sicherstellen, dass die Patienten durch Information und Aufklärung über ihre Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten mehr Verständnis und Akzeptanz für die Medikation entwickeln. Die mehr psychotherapeutisch ausgerichteten Elemente sollten die Coping-Fähigkeiten der Patienten fördern und die Problemlöse- und Kommunikationsfertigkeiten innerhalb der Familie verbessern.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Fülle an Behandlungsformen nicht nur auf dem medikamentösen Bereich, sondern auch und vor allem auf dem psychosozialen Sektor rasant zugenommen. Dies spiegelt sich zum Beispiel in der Zunahme von Ratgeberbüchern, Therapieführern und neuen Therapierichtungen wider. Selbst für professionell Tätige ist es nicht leicht, aus diesem breiten Behandlungsangebot das für die einzelnen Patienten jeweils

günstigste Therapiebündel herauszufiltern. Um die Akzeptanz auch für die erforderlichen psychosozialen Maßnahmen zu wecken und die langfristige Behandlungsbereitschaft zu sichern, bedarf es – ähnlich wie bei der Medikation – vor allem zu Behandlungsbeginn intensiver Bemühungen zur Compliancesicherung auch auf diesem Gebiet.

Wenn die Patienten bewusst und überzeugt an ihrer Behandlung mitwirken, kann – unabhängig von der diagnostischen Zugehörigkeit – mit besseren Therapieerfolgen gerechnet werden (Kampman & Lehtinen 1999). Deshalb sollten psychoedukative Therapiemaßnahmen mittlerweile zum Routinetherapieprogramm jeder psychiatrisch/soziotherapeutisch tätigen Einrichtung zählen.

Generell beinhaltet jeder psychiatrisch-psychotherapeutische Umgang mit Patienten psychoedukative Elemente. Und die Frage, ob Psychoedukation nur eine Mediatorfunktion einnimmt oder eine eigenständige Psychotherapieform darstellt, wird je nach Standpunkt und eigener Sichtweise unterschiedlich beantwortet werden. Die Arbeitsgruppe »Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Psychosen«, in der dreizehn auf diesem Gebiet wissenschaftlich tätige Institutionen in Deutschland zusammenarbeiten, hat einige Aspekte herausgestellt, die als psychoedukations-spezifisch betrachtet werden müssen. In Anlehnung an diese Operationalisierung kann Psychoedukation folgendermaßen definiert werden:

Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um die Patienten und ihre Angehörigen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie und enthalten je nach konzeptueller Ausrichtung auch gesprächspsychotherapeutische Elemente.

Zentrale Elemente der Psychoedukation

Typisch für psychoedukative Interventionen ist die Fokussierung auf eine interaktive Informationsvermittlung bei gleichzeitiger Kombination mit einer situationsadäquaten emotionalen Entlastung.

Diesem Aspekt kommt eine besondere Bedeutung zu, da die zu vermittelnden Informationen zunächst als »Zumutung und Kränkung« empfunden werden (Diagnose einer »schizophrenen Psychose«, »mangelnde Ich-Stärke«

bei depressiven Entwicklungen, »Vermeidungsverhalten« bei Angsterkrankungen, »Suchtpersönlichkeit«, »Co-Abhängigkeit« bei Angehörigen, etc.). Damit unterscheiden sich edukative Interventionen bei psychiatrischen Erkrankungen ganz wesentlich von Aufklärungsgesprächen bei rein somatischen Krankheitsbildern wie Diabetes, Hochdruck oder Operationen usw., dem durch das Präfix »psycho«-edukativ auch rein formal Rechnung getragen werden soll.

Durch Psychoedukation sollen die für eine gute Krankheitseinsicht und

Tab. 1: Zentrale Themen der Psychoedukation (modifiziert nach Bäuml, Pitschel-Walz, Kissling 1996)

Informationsvermittlung
Symptomatik, Diagnose
Ursachen (V/S-Modell)
Akuttherapie
Langzeittherapie (medikamentöse Rezidivprophylaxe, psychotherapeutische Behandlungen, soziotherapeutische Maßnahmen, Rehabilitationsprogramme)
Selbsthilfestrategien (Gesundheitsverhalten, Früherkennung, Krisenmanagement)
Emotionale Entlastung
Angstreduktion (Stigmatisierung, Chronifizierung)
Trauerarbeit (Adaption der Lebensperspektive)
Entlastung von Schuld- und Versagensgefühlen
Relativierung der vermeintlichen Einmaligkeit des eigenen Schicksals
Erfahrungsaustausch mit anderen
Kontakt mit Schicksalsgenossen
Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen
Mut und Hoffnung geben

Compliance unerlässlichen »missing links« erarbeitet werden. Die Therapeuten nehmen gleichsam die Rolle eines Dolmetschers ein, um die übergeordneten Gesetzmäßigkeiten des Krankheits- und Behandlungsprozesses an die subjektive Sichtweise der Patienten und Angehörigen zu adaptieren. Die partnerschaftliche Begegnung mit den Patienten selbst und der respektvolle Umgang mit von der Schulmedizin abweichenden Meinungen werden hierbei als essenziell betrachtet. Ziel ist die Erarbeitung eines funktionellen Krankheitskonzeptes, das auf der Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Modells als kleinstem gemeinsamen Nenner die Integration und Kombination von professionellen Therapieverfahren und individuellen Selbsthilfestrategien erlaubt. Hierdurch kann eine nachhaltige Verbesserung des Behandlungsergebnisses erwartet werden.

Formen psychoedukativer Interventionen

Im Prinzip können psychoedukative Programme in Einzelsitzungen mit dem Patienten durchgeführt werden. Bei entsprechenden institutionellen Voraussetzungen sollten aber psychoedukative Gruppen in die Regelversorgung einfließen, um zum einen die Aufklärungs- und Informationsarbeit zu ökonomisieren und zweitens sowohl die allgemeinen Wirkfaktoren (Universalität des Leidens, Gruppenkohäsion, Rekapitulation, Katharsis, Hoffnung, existenzielle Einsicht) wie auch die spezifischen Wirkmomente (Feedback und Unterstützung erhalten und geben, Altruismus, Modelllernen, Rollenspiele) einer Gruppentherapie gezielt zu nutzen.

Aufgrund der bedeutenden Rolle des familiären Umfeldes für den Genesungsprozess empfiehlt sich die Einbeziehung von Angehörigen. Dies kann in Form von parallel angebotenen psychoedukativen Angehörigengruppen erfolgen (bifokaler bzw. bilateraler Ansatz), oder aber unter bestimmten Bedingungen (ausreichende Zahl von Therapeuten; langfristige Intervention möglich; Bereitschaft der Familien; Indikation etc.) auch in Form von psychoedukativer Arbeit mit einzelnen oder mehreren Familien. Häufig sind psychoedukative Elemente in die kognitiv orientierte Verhaltenstherapie von Patienten oder in eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Familientherapie integriert (Fiedler 1996).

Um den einzelnen Patienten mit ihrem jeweiligen Krankheitsbild entsprechend gerecht zu werden und die Intervention optimal nutzen zu können, sind diagnosespezifische Programme vorzuziehen.

Das Setting für psychoedukative Programme kann unterschiedlich sein. Es gibt Angebote während des stationären Aufenthaltes der Patienten sowie ambulante Maßnahmen und psychoedukative Interventionen, die in der stationären Phase der Patienten starten und dann ambulant weitergeführt werden. Die Interventionen finden in Psychiatrischen Kliniken statt, in Einrichtungen des komplementären Bereichs, Praxen niedergelassener Psychiater oder auch in den Wohnungen der betroffenen Familien, sowie kombiniert an den verschiedenen genannten Orten.

Der Begriff »Psychoedukation« wird in der Literatur sowohl für einmalige Informationsveranstaltungen als auch für längerfristige Interventionen, die sich über mehrere Monate erstrecken, verwendet. Je mehr Zeit für die psychoedukative Intervention zur Verfügung steht, desto mehr bewegt sich der Schwerpunkt von einer rein edukativen zu einer mehr psychotherapeutischen Maßnahme mit vorwiegend verhaltenstherapeutischer Ausrichtung.

Überblick über deutschsprachige psychoedukative Programme

Im deutschsprachigen Raum haben sich mittlerweile eine ganze Reihe psychoedukativer Programme etabliert, die in vielen Kliniken und teilstationären bzw. ambulant-komplementären Einrichtungen zum festen Behandlungsprogramm gehören. Zur Veranschaulichung werden die in manualisierter Form vorliegenden Gruppenkonzepte tabellarisch kurz dargestellt, die Literaturangaben hierzu sind im Gesamtverzeichnis zu finden. Diese Tabelle erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und muss ständig der allgemeinen Entwicklung von neuen Konzepten angepasst werden.

Tab. 2: Überblick über deutschsprachige psychoedukative Programme

Autor(en)/Jahr	Programm (Abkürzung)	Anteil Psychoedukation	Zielgruppe	Sitzungszahl
Bäuml, Pitschel-Walz Kissling 1996/2005	Psychoedukative Gruppen für Patienten und Angehörige (PIP)	Schwerp. Psychoedukation	Bifokal für Patienten und Angehörige	Pat.: 8 Angeh.: 8
Behrendt 2001	Meine persönlichen Warnsignale	Schwerp. Psychoedukation	Patienten, ergänzend Angehörigengruppen	Pat.: 12 Angeh.: 8
Brenner 1989	Therapieprogramm z. Umgang mit Medikamenten	psychoedukative Elemente	Patienten	Pat.: 25–30 Angeh.: –
Brenner 1990	Therapieprogramm zum Umgang mit Symptomen	psychoedukative Elemente	Patienten	Pat.: 25–30 Angeh.: –
Buchkremer & Fiedler 1982	Angehörigentherapie bei schizophrenen Patienten	psychoedukative Elemente	Angehörige	Pat: – Angeh.: 20
Hahlweg et al. 1995	Familienbetreuung schizophrener Patienten	psychoedukative Elemente	einzelne Familien	Fam.: 20–24
Kieserg & Hornung 1994	Psychoedukatives Training schizophr. Patienten (PTS)	Schwerp. Psychoedukation	Patienten und Angehörige	Pat.: 15 Angeh.: 15
Schaub et al. 1999	Bewältigungsorientierte Therapie (BOT)	psychoedukative Elemente	Patienten, ergänzend Angehörigengruppen	Pat.: 16 Angeh.: 8
Wienberg 1997	Schizophrenie zum Thema machen (PEGASUS)	Schwerp. Psychoedukation	Patienten, ergänzend Angehörigengruppen	Pat.: 14 Angeh.: 10

Organisatorischer Rahmen für bifokale Patienten- und Angehörigengruppen

Wichtig ist eine Automatisierung des Einladungsmodus sowohl für Patienten wie auch Angehörige. Die Einladung der Patienten und auch deren Angehörigen sollte die Regel sein, die Nichteinladung eher die Ausnahme.

Informationsschreiben und Ankündigungsblätter parat halten. Logistische Voraussetzungen klar regeln, z.B. wie die Teilnehmer von den verschiedenen Stationen zum Gruppenraum gelangen sollen.

- Hellen, freundlich gestalteten Raum bereithalten. Stuhlkreis, Flipchart oder Tafel. Bei Bedarf auch Tageslichtschreiber, Videorecorder bzw. Beamer etc.
- Die Patientengruppen sind in der Regel ein- bis zweimal wöchentlich, ca. 60 Minuten Dauer; acht bis zwölf Teilnehmer. Integration in den Tagesablauf, in der Regel insgesamt 6–20 Treffen.
- Die Angehörigengruppen finden in der Regel 14-tägig statt, ca. 90–120 Minuten Dauer, etwa 12–18 Teilnehmer. Am besten abends, insgesamt ca. 4–20 Treffen.
- Die Leitung wird in der Regel von Ärzten und Psychologen durchgeführt, als Co-Leiter fungieren häufig Sozialpädagogen, Mitglieder des Pflegepersonals oder auch Mitarbeiter aller anderen Berufsgruppen.

Wirkfaktoren und Ziele

Bisher lassen sich zu den Wirkfaktoren bei psychoedukativen Interventionen noch keine allgemein verbindlichen Aussagen machen. Zum einen ist die »Methode Psychoedukation« noch nicht endgültig definiert und zum anderen gibt es hierzu auch noch keine abschließenden empirischen Untersuchungen. Dennoch soll von einer erfahrungsgestützten Warte aus versucht werden, die mutmaßlichen therapeutisch entscheidenden Momente in unspezifische und spezifische Wirkfaktoren einzuteilen.

Wie bei allen psychotherapeutisch orientierten Verfahren bedeuten die aus der humanistischen Psychotherapie sich ableitenden Variablen wie unbedingte Wertschätzung, empathisches Eingehen auf die Teilnehmer und Echtheit und Selbstkongruenz der Gruppenleiter eine conditio sine qua non. Auch das Ernstnehmen der Teilnehmer und der respektvolle Umgang mit subjektiv abweichenden Überzeugungen von den schulmedizinischen Richtlinien stellen ganz wesentliche Prinzipien dar. Darüber hinaus liegt der Focus auf einem bedürfnis- und ressourcenorientierten Vorgehen, um bildungsunabhängig den Menschen die Reflexion über ihre Erkrankung zu ermöglichen. Durch den persönlichen Erfahrungsaustausch der Teilnehmer untereinander und den Aufbau einer Schicksalsgemeinschaft wird gezielt versucht, Mut und Hoffnung zu induzieren.

Spezifisch psychoedukativ ist der Versuch, die komplizierte Fachinformation mit laiengerechten Worten sehr anschaulich und didaktisch geschickt

aufbereitet zu vermitteln. Nach dem Prinzip »Wissen ist Macht« soll den Teilnehmern signalisiert werden, dass der tradierte hierarchische Wissensvorsprung der professionellen Helfer zugunsten einer solidarisch-partnerschaftlichen Informationsweitergabe umfunktioniert werden soll. Dadurch soll den Betroffenen das Gefühl des »Durchblicks« mit »Aha-Erlebnissen« ermöglicht werden. Speziell sollen hierbei die so genannten »missing links« zur Sprache kommen, die Laien vermissen, was das Verständnis von biosomatischen und psychosozialen Zusammenhängen betrifft. Insbesondere der scheinbare Widerspruch zwischen Chemie und Seele muss durch ein integratives biopsychosoziales Gesamtmodell aufgelöst werden. Dadurch soll die Einsicht in die Krankheit und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen schrittweise vertieft werden. Durch Struktur und Ordnung hinsichtlich der vielfältigen therapeutischen Einzelelemente soll Verständnis für ein übergeordnetes Gesamtkonzept aufgebaut werden. Durch zweiseitige Informationsvermittlung soll signalisiert werden, dass eine faire Information über die Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Behandlungsmethode versucht wird; dies stellt einen bewussten Kontrast zur tradierten Persuasionsmethode dar, in der die Sachverhalte einseitig und autoritär direktiv vermittelt wurden.

Bei allem Verständnis für abweichende Meinungen der Teilnehmer müssen die Gruppenleiter aber eine klare Grundposition hinsichtlich der schulmedizinischen Krankheitssicht vertreten, um eine berechenbare Orientierungshilfe für alle Betroffenen zu sein. Das heißt, die als notwendig erachteten Behandlungsschritte dürfen nicht beliebig minimalisiert werden; gleichzeitig wird jedoch Respekt und Achtung vor davon abweichenden Meinungen gezollt, und es wird um anhaltende Gesprächsbereitschaft der skeptischen Teilnehmer geworben. Bei den Ausführungen wird gezielt auf die unzweifelhaft vorhandenen Stärken und Talente der Einzelnen verwiesen, eine einseitige Defizitorientierung wird bewusst vermieden. Wichtig ist auch der Aspekt der Trauerarbeit; dadurch soll den Betroffenen eine bessere Akzeptanz des krankheitsbedingten »So-Seins« ermöglicht werden mit zumindest vorläufiger Relativierung des bisher favorisierten Gesundheitsideals mit gezielter Verdrängung der krankheitsimmanenten Vulnerabilität. Die dabei automatisch zur Sprache kommende Sinnfrage bedarf einer behutsamen und taktvoll humanen Vorgehensweise mit Focussierung darauf, dass Vulnerabilität und Erkrankungsneigung in speziellem Maße auch Ausdruck einer besonders gelagerten Individualität und Einzigartigkeit darstellen.

Die bewusste Einbeziehung der Angehörigen in das Therapiekonzept und die Erweiterung deren protektiven Potenzials sind ebenfalls ein Spezifikum psychoedukativer Interventionen.

Durch Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung auf Seiten der Patienten mit Vertiefung ihrer »Expertenrolle« und durch Stärkung der »Co-Therapeuten«-Funktion der Angehörigen soll es zur optimalen Verzahnung der professionellen Therapieverfahren mit den individuellen Selbsthilfestrategien kommen. Dadurch soll die Gesundung unterstützt bzw. eine Verbesserung des Krankheitsverlaufes erreicht werden.

Unabhängig von der jeweiligen Diagnose werden bei den Patienten folgende *allgemeine Ziele* angestrebt:

- umfassende Aufklärung über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Vermittlung eines hilfreichen Krankheitskonzeptes mit Verbesserung der Krankheitseinsicht
- Förderung von Compliance für weitere therapeutische Maßnahmen
- die Reduktion von Ängsten, die mit der Erkrankung verbunden sind
- die Stärkung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise
- die Verbesserung der Copingfähigkeiten und des Krisenmanagements
- die Vermittlung von Hoffnung

Dazu kommen weitere Ziele für die Angehörigen der Erkrankten:

- emotionale Entlastung der Angehörigen
- Verbesserung des subjektiven Befindens der Angehörigen
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und zur Unterstützung bei Krisen
- Verbesserung des innerfamiliären Umgangs im Hinblick auf die Erkrankung (EE-Konzept)

Indikationen und Kontraindikationen

Unabhängig von der diagnostischen Zugehörigkeit gibt es kaum Kontraindikationen. Lediglich eine Limitierung der Gruppenfähigkeit durch Getriebenheit und Unruhe (akute Manie), Einschränkungen der Aufnahmefähigkeit durch schwere formale Denkstörungen (schizophrene Psychosen) oder selbstverständlich schwer depressiv-suizidale Verstimmungszustände, die eine Verschlechterung des Befindens durch Konfrontation mit krankheitsbezogenen Fakten ganz allgemein befürchten lassen, sollten zur vorübergehenden Unterbrechung der Gruppenteilnahme führen. Auch mangelndes Sprachverständnis mit der Gefahr von Missverständnissen oder erhebliche Intelligenzeinbußen können limitierende Faktoren darstellen.

Die Patienten sollten so früh als möglich in die Gruppen integriert werden. Auch Ersterkrankte sollen bei gesicherter Diagnose in die Gruppen ein-

geschlossen werden, um einer bei wiederholten Krankheitsrezidiven drohenden Chronifizierung möglichst frühzeitig entgegenzuwirken.

Bei Einladung der Angehörigen müssen die Patienten vorher um ihr Einverständnis gefragt werden, sofern es sich nicht um Patienten-unabhängige Gruppen, die ausschließlich für Angehörige gedacht sind, handelt.

Kombination mit anderen Therapieverfahren

Psychoedukative Maßnahmen verstehen sich als psychiatrisch-psychotherapeutische Basisintervention mit strukturierter Integration in einen Gesamtbehandlungsplan. Jedes psychiatrisch-psychotherapeutische Tun impliziert psychoedukatives Arbeiten. In diesem Sinne stellt psychoedukatives Vorgehen gleichermaßen eine große Klammer dar, um den Patienten ein Gespür und Verständnis für das Ineinandergreifen der einzelnen Therapieelemente im Rahmen eines multimodalen Gesamtbehandlungsplans zu vermitteln. Im Zentrum stehen hierbei die medikamentösen und basalen psychosozialen Behandlungsmaßnahmen. Dadurch soll es zu einer gezielten Stärkung des Selbsthilfepotenzials von Patienten und Angehörigen kommen. Psychoedukation kann also als »Pflicht« für alle Patienten bezeichnet werden, um sie für weitere «Kür«-Verfahren in Form weiterführender psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Behandlungsschritte zu befähigen. Selbstredend werden auch während weiterführender und anspruchsvollerer Therapieverfahren immer wieder psychoedukative Einzelbausteine erforderlich sein, um die Kenntnis über das Krankheitskonzept und die Behandlungseinsicht inklusive Compliance nachhaltig zu vertiefen.

In der Regel werden die ersten psychoedukativen Behandlungsschritte im Rahmen einer stationären Akutbehandlung erfolgen mit allmählicher Überführung in die ambulante Langzeittherapie. Im Sinne einer fortwährenden »Boosterung« werden auch langfristig psychoedukative Behandlungselemente erforderlich sein.

Finanzierung

Bisher gibt es für psychoedukative Interventionen keine spezifischen Abrechnungsmöglichkeiten. Im stationären Bereich erfolgt die Finanzierung im Rahmen des globalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbudgets. Im ambulanten und komplementären Bereich müssen psychoedukative Behandlungselemente ebenfalls innerhalb verwandter Behandlungsmaßnahmen realisiert werden.

Es wird vom künftigen Geschick der Fachgesellschaften und dem Engagement psychoedukativ arbeitender Therapeuten abhängen, ob und in welcher Form Psychoedukation als spezifische Leistung eines Tages gezielt abrechenbar und damit von Patienten- und Angehörigenseite auch einforderbar sein wird.

Ausbildung

In der Regel werden psychoedukative Gruppen von psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzten und/oder Psychologen geleitet. Als Co-Leiter kommen prinzipiell alle anderen Berufsgruppen infrage. Insbesondere Sozialpädagogen mit ihrem spezifischen Wissen hinsichtlich sozialtherapeutischer Aspekte und ihrer Vertrautheit mit den praktischen Lebensnöten der Patienten sind hierzu speziell prädisponiert. Gleichermaßen gilt dies auch für Mitglieder des Pflegepersonals, die aus ihrer täglichen Begegnung mit den Patienten und auch den Angehörigen oft am besten über deren Unsicherheiten, Ängste und Verletztheiten Bescheid wissen.

Zu Beginn ihrer psychoedukativen Tätigkeit sollten Gruppenleiter zumindest über psychotherapeutische Grundfertigkeiten verfügen und mit den Grundprinzipien der Gruppenführung vertraut sein.

Nach Aneignung der theoretischen Kenntnisse (Literatur, Ausbildungsworkshops, -seminare) sollte sich der praktische Kompetenzerwerb in vier Stufen vollziehen:

1. Teilnahme als Co-Leiter bei einem erfahrenen psychoedukativen Gruppenleiter. Hierbei Übernahme der Protokollführung, Bearbeitung der Rating-Skalen etc.
2. Eine eigene Gruppe leiten, während ein erfahrener Kollege die Co-Leitung übernimmt, jeweils eine differenzierte Rückmeldung über das Leitungsverhalten gibt und bei Bedarf auch während der Gruppe direkt intervenieren kann.
3. Durchführung einer eigenen Gruppe, als Co-Leiter nimmt ein unerfahrener Therapeut teil. Nach jeder zweiten bis vierten Gruppe erfolgt jeweils ein ausführliches Supervisionsgespräch mit einem erfahrenen Kollegen.
4. Selbstständige und alleinverantwortliche Gruppenleitung mit Einarbeitung neuer interessierter Kollegen. Regelmäßige Kontakte zu anderen Gruppenleitern. Teilnahme an psychoedukativen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.

Wissenschaftliche Evidenz psychoedukativer Verfahren: PIP-Studie

Viele Akzeptanz-Studien zeigen, dass psychoedukative Angebote für Patienten oder für deren Angehörige auf hohe Resonanz stoßen, das Informationsbedürfnis der Betroffenen befriedigen und als hilfreich erlebt werden.

Nachfolgend werden einige Ergebnisse aus der Münchener PIP-Studie berichtet, die sowohl die kurzfristigen als auch die langfristigen Effekte der bifokalen Psychoedukation sehr nachdrücklich belegen konnte.

In der Zeit von Oktober 1990 bis Juli 1992 wurden für die PIP-Studie 236 Patienten rekrutiert. Durch Randomisierung wurden 125 Patienten der Interventionsgruppe und 111 Patienten der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Patienten der Interventionsgruppe erhielten über die Standardbehandlung hinaus das bifokal ausgerichtete Psychoedukationsprogramm (Bäuml et al. 1996). Der Krankheitsverlauf im 1- und 2-Jahreszeitraum wurde lückenlos dokumentiert. Im Studienzentren der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München wurde der Krankheitsverlauf der Studienpatienten über einen Zeitraum von sieben Jahren weiterverfolgt (Bäuml et al. 2003).

Beschreibung der Stichprobe

Die an der PIP-Studie beteiligten Patienten waren durchschnittlich 33 Jahre alt, die Geschlechtsverteilung war in etwa ausgeglichen. Die Mehrzahl der Patienten war ledig. Bei der Schulbildung waren Hauptschüler mit 36 % am meisten vertreten. Der Anteil der Gymnasiasten lag jedoch mit 33 % fast genauso hoch. Etwa die Hälfte der Patienten hatte eine Lehre abgeschlossen, 15 % hatten einen Hochschulabschluss. Bei den Diagnosen (nach ICD-9) überwog die paranoid-halluzinatorische Psychose mit 60 %. Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose waren mit 23 % vertreten. Die Patienten hatten eine durchschnittliche Krankheitsdauer von sieben Jahren mit durchschnittlich drei bis vier Krankenhausaufenthalten hinter sich. Der Anteil der Ersterkrankten lag bei rund 24 %.

Die an der Studie teilnehmenden Angehörigen waren zu 60 % weiblich und im Durchschnitt 49 Jahre alt. Es waren zumeist die Eltern der Patienten (57 %), etwa ein Viertel waren Partner (26 %), den Rest bildeten erwachsene Kinder, Geschwister oder Freunde der Patienten (17 %). Etwa 60 % der Angehörigen lebten mit den Patienten zusammen in einem Haushalt. Ungefähr drei Viertel der Angehörigen (72 %) hatten bisher noch keine Erfahrungen mit irgendwelchen Formen der Angehörigenbetreuung wie z. B. Selbsthilfegruppen, Familientherapie oder Angehörigengruppen gesammelt.

Ergebnisse

Feedback, familiäre Zufriedenheit

Sowohl die psychoedukativen Patienten- als auch die Angehörigengruppen kamen bei den Betroffenen sehr gut an. Nach dem Gruppenbesuch gaben 86 % der Patienten und 91 % der Angehörigen an, sie fänden sich zum Thema »Psychose« gut oder sehr gut informiert. Fast alle Teilnehmer (92 % der Patienten, 99 % der Angehörigen) empfanden die Gruppen als hilfreich oder sehr hilfreich. Die Befürchtung, die Patienten könnten etwas dagegen haben, dass ihre Angehörigen in ihrer Abwesenheit etwas über ihre Krankheit erfahren und sich mit anderen austauschen, bestätigte sich nicht. Die Patienten erlebten die Teilnahme ihrer Familienmitglieder an den psychoedukativen Angehörigengruppen zu 91 % als »hilfreich« bzw. »sehr hilfreich« (Bäuml et al. 1999). Der Besuch der psychoedukativen Gruppen wirkte sich auch positiv auf das Familienklima aus. Sowohl unmittelbar nach Besuch der Gruppen als auch etwa sechs Monate danach lag der Anteil der Patienten, die mit dem häuslichen Familienklima »zufrieden« oder »sehr zufrieden« waren, mit 93 % bzw. 90 % signifikant höher als bei den Kontrollfamilien (69 % bzw. 66 % Fisher's exact test, $p < .01$), die aufgrund der Randomisierung in die Kontrollgruppe zu keinen psychoedukativen Gruppen eingeladen worden waren.

Wissen

Zur Ermittlung des Wissensstandes von Patienten und Angehörigen wurde zu Beginn, am Ende der Gruppen sowie ein Jahr nach dem Indexaufenthalt der Patienten ein Multiple-choice-Fragebogen (Wissensfragebogen: WFB) ausgegeben (Pitschel-Walz 1997). Bei dem Wissenstest konnten maximal 70 Punkte erreicht werden. Patienten und Angehörige der Interventionsgruppe erzielten einen signifikanten Wissenszuwachs, der bis zum 1-Jahres-Follow-up erhalten blieb. Während die Patienten der Kontrollgruppe ihr krankheitsbezogenes Wissen nicht verbessern konnten, wurde bei ihren Angehörigen im Vergleichszeitraum ein signifikanter Wissenszuwachs registriert, der aber geringer ausfiel (von 45 auf 49 Punkte) als bei den Angehörigen, die eine psychoedukative Gruppe besucht hatten (von 46 auf 55 Punkte nach einem Jahr).

Stationäre Wiederaufnahmeraten

Betrachtet man die Studienpatienten, die im 1-Jahres-Katamnesezeitraum nach Studienplan regulär behandelt worden waren (n = 163), zeigte sich eine deutliche Überlegenheit der Interventionsgruppe, d.h. von den Patienten,

die selbst bzw. deren Angehörige an den psychoedukativen Gruppen teilgenommen hatten, mussten 17 stationär aufgenommen werden, während von der Kontrollgruppe 31 Patienten stationär behandelt werden mussten (21 % vs. 38 %; Fisher's exact test, $p = .0251$). Am meisten profitierten die Patienten, die selbst und ihre Angehörigen auch regelmäßig die Gruppensitzungen besucht hatten (Stationäre Wiederaufnahmerate: 14 %).

Im zweiten Jahr nach dem Indexaufenthalt stieg die Rate der stationären Wiederaufnahmen zwar in beiden Gruppen an, der Unterschied zwischen den Gruppen blieb jedoch erhalten (41 % vs. 58 %; Fisher's exact test, $p = .0358$).

Bei der Teilstichprobe, bei der eine 7-Jahres-Katamnese durchgeführt werden konnte (n = 48), zeigte sich immer noch ein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in Bezug auf die stationäre Wiederaufnahmerate (54 % vs. 88 %; Fisher's exact test, $p = .024$), die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen (1,5 vs. 2,9; Mann-Whitney Test $Z = 1{,}98$ $p = .048$) und die Anzahl stationärer Tage im 7-Jahres-Verlauf (75 vs. 225 Tage; Mann-Whitney Test $Z = 2{,}56$ $p = .011$).

Compliance

Allen Studienpatienten war eine neuroleptische Rezidivprophylaxe von mindestens einem Jahr empfohlen worden. Zur Beurteilung der Compliance in diesem Zeitraum wurden die regelmäßigen Compliance-Einschätzungen der behandelnden Ärzte herangezogen. Das Compliancerating war anhand einer vierstufigen Ordinalskala vorgenommen worden: 1 bedeutete sehr gut, 2 gut, 3 mäßig, 4 schlecht. Aus den Einzelwerten ergab sich eine über den Jahresverlauf gemittelte Compliance. Trotz der insgesamt guten Compliance aller Studienpatienten ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Studiengruppen. Für die Patienten mit psychoedukativen Gruppen wurde eine mittlere Compliance von 1,7 (SD 0,6), für die Patienten ohne psychoedukative Gruppen eine mittlere Compliance von 2,1 (SD 0,8) errechnet (Mann-Whitney Test $Z = 2{,}96$ $p = .003$). Betrachtet man die Anteile der Patienten, die über einen Zeitraum von länger als zwei Monaten eine schlechte Compliance (= 4) zeigten, schneiden die Patienten mit Gruppenteilnahme wiederum besser ab (12 % vs. 29 %; Fisher's exact test, $p = .0115$). Zwischen mittlerer Compliance und der stationären Wiederaufnahme bestand ein signifikanter Zusammenhang ($r = 0{,}2175$; $n = 163$; $p = .005$), der vorwiegend bei den Patienten ohne psychoedukative Patienten- und Angehörigengruppen eine Rolle spielte ($r = 0{,}2290$; $n = 82$; $p = .038$). Diese Korrelation war in der Interventionsgruppe nicht signifikant, dort war also bei Rückfällen nicht in erster Linie ein Comp-

liancefehler zu verzeichnen, sondern übergeordnete Einflußgrößen, die nicht den Patienten angelastet werden konnten (r = 0,1417; n = 81; p = .207). Die Patienten ohne Psychoedukation waren also nicht nur weniger compliant, sondern mussten auch aufgrund dieser schlechteren Compliance häufiger stationär aufgenommen werden.

Bei der Teilstichprobe der TUM, die zur 7-Jahres-Katamnese erschienen war, handelte es sich um ein besonders compliantes Klientel (Bäuml et al., 2003), sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. In beiden Gruppen lag der Anteil der Patienten mit sehr guter oder guter Compliance bei 83 %.

Unterstützungspotenzial der Angehörigen

Zur Beurteilung der Frage, welche Faktoren bei der bifokalen Psychoedukation für die eindeutig besseren Wiederaufnahmezahlen und die deutlich geringeren Rehospitalisierungstage in der Interventionsgruppe bis zu sieben Jahren nach dem Indexaufenthalt verantwortlich sind, wurde eine Dichotomisierung der Patienten vorgenommen. Um abschätzen zu können, welcher Einfluss dem protektiven Potenzial der Angehörigen im Rahmen einer bifokalen Psychoedukation beikommt, wurden die Patienten mit einer schlechten Compliance in beiden Gruppen verglichen, denn bei diesen Patienten dürfte aufgrund des eigenen mangelhaften Krankheitskonzeptes der Einfluss von gut instruierten Bezugspersonen am klarsten zu spüren sein.

Zur Dichotomisierung wurde der Medianwert der Complianceeinschätzung zur 2-Jahres-Katamnese herangezogen. Patienten mit einem Wert kleiner oder gleich 1,75 wurden in die Gruppe mit »guter Compliance« eingeteilt (n = 39; Interventionsgruppe: 22; Kontrollgruppe: 17), Patienten mit einem Median größer 1,75 kamen in die Gruppe mit einer »schlechten Compliance« (n = 36, Interventionsgruppe: 15; Kontrollgruppe: 21). Zu diesem Zeitpunkt zeichnet sich ab, dass in der Gruppe mit »guter Compliance« die Interventionspatienten stärker vertreten sind, umgekehrt sind die Patienten der Kontrollgruppe stärker in der Kohorte mit »schlechter Compliance« repräsentiert. Die rückfallrelevanten Daten (Wiederaufnahmerate, Zahl der Wiederaufnahmen pro Patient, Zahl der stationären Tage) sowie die Chlorpromazin-Einheiten lassen bei den Patienten mit einer guten Compliance – unabhängig ob Interventions- oder Kontrollgruppe – und auch bei den Patienten mit schlechter Compliance, die aus der Interventionsgruppe stammten, einen ähnlichen Trend erkennen. Eine deutliche Ausnahme bildete jedoch stets die Gruppe mit schlechter Compliance, die aus der Kontrollgruppe stammte (s. ausführliche Ergebnisse bei Bäuml et al. 2003). Sowohl die

Wiederaufnahmeraten nach zwei Jahren mit 59 %, als auch nach sieben Jahren mit 100 %, lagen deutlich höher als in den Vergleichsgruppen. Besonders beeindruckend ist der Unterschied hinsichtlich der Rehospitalisierungstage im 7-Jahreszeitraum: während die Kontrollpatienten mit schlechter Compliance 331 Tage in der Klinik verbringen mussten, waren es bei den Patienten der Interventionsgruppe mit schlechter Compliance nur 93 Tage.

Fazit der Münchner PIP-Studie

Mit der Münchner PIP-Studie konnte gezeigt werden, dass Psychoedukation den betroffenen Familien hilft, Wiedererkrankungen gezielter zu vermeiden. Neben dem Effekt der Complianceverbesserung durch psychoedukative Gruppen scheinen noch weitere Faktoren eine Rolle zu spielen, die zu einer Reduktion der Rehospitalisierungsrate führen und letztendlich zu einem besseren Krankheitsverlauf beitragen. Das gilt vor allem für den protektiven Einfluss von geschulten Angehörigen. In der PIP-Studie ließen sich diese positiven Effekte ganz besonders bei jenen Patienten nachweisen, die über eine geringe Krankheitseinsicht und eine entsprechend mangelhafte Compliance verfügten. Deren Angehörige sind besonders emotional belastet und häufig überfordert, was sich auch bei der EE-Messung als »HEE«-Verhalten niederschlagen kann. Bietet man diesen Angehörigen entsprechende Unterstützung, können familiäre Krisen entschärft und dadurch einige Rezidive abgefangen bzw. manche stationäre Wiederaufnahmen verhindert oder zumindest verkürzt werden. Der oft tägliche Kontakt zu besonders »schwierigen« Patienten ohne Informations- und Hilfsangebote kann aufgrund der hohen Belastung zu einem Burn-out der Angehörigen führen und manchmal auch den Kontaktabbruch zur Folge haben. Auf diese Weise kann die potenziell protektive Rolle der Familie nicht wirksam werden. Diese Schutzfunktion der Familie, die nicht nur bei »LEE«-Familien, sondern auch bei »HEE«-Familien zu finden ist, zeigte sich in ähnlicher Weise bei der Studie von Watzl und Mitarbeitern (1993), bei der Patienten, die im Haushalt ihrer Eltern lebten, trotz »HEE«-Einschätzung der Familie eine geringere Rückfallrate aufwiesen als Patienten, die getrennt von ihnen lebten.

Daher sollte es für die professionelle Seite das oberste Gebot sein, schon frühzeitig auf die Angehörigen von schizophren Erkrankten zuzugehen und ihnen die Informations- und Entlastungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen, damit sie ihre Patienten möglichst kompetent begleiten können, ohne sich selbst psychisch und physisch zu verausgaben.

Weitere Studien zur Wirksamkeit von Psychoedukation

Da der Psychoedukationsbegriff sehr breit verwendet wird (Wiedemann et al. 2003) – von edukativen Einzelinterventionen bis hin zu umfassenden verhaltenstherapeutischen Familieninterventionen – sind die vorliegenden Forschungsarbeiten auch sehr uneinheitlich. Die amerikanischen Studien zum »Social Skills Training« beinhalten z.B. Bausteine, die in der hiesigen Diskussion als Psychoedukation bezeichnet werden (Symptom-Management, Medication-Management). Ebenso umfassen Studien zur psychoedukativen Familienbetreuung nach Falloon et al. (1984) einen Behandlungsabschnitt »Psychoedukation«, in dessen Anschluss verhaltenstherapeutische Kommunikations- und Problemlösetrainings durchgeführt werden. Die Wirksamkeit der rein psychoedukativen Einzelbestandteile im engeren Sinne ist daher manchmal nicht eindeutig zu bestimmen.

Neben der Münchener PIP-Studie überprüfte eine weitere große deutsche Studie die Wirksamkeit von Psychoedukation. In dieser Studie von Buchkremer und Mitarbeitern (1997) war Psychoedukation bei Patienten allein nicht ausreichend. Signifikante Effekte waren hier erst durch die Kombination von Psychoedukation mit kognitiver Therapie und psychoedukativer Angehörigenarbeit zu beobachten. Durch dieses Maßnahmenbündel konnte jedoch eine signifikante Reduktion der Rehospitalisierungsrate erreicht werden, die auch noch in der 5-Jahres-Katamnese nachweisbar war (Hornung et al. 1999). Erste Hinweise für ein langfristiges Überdauern der Effekte einer psychoedukativ-behavioralen Familienintervention zeigten bereits die 5-und 8-Jahres-Katamnese-Daten der Forschergruppe um Tarrier (Tarrier et al. 1994).

Herz et al. (2000) überprüften auch ein umfassendes psychosoziales Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe schizophren Erkrankter. Durch Kombination von Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Problemlösetraining und Krisenmanagement wurde eine signifikant niedrigere Rezidivrate erzielt als in der Vergleichsgruppe, die supportiv behandelt wurde. Der Effekt von Psychoedukation allein wurde hier nicht geprüft.

Pekkala und Merinder (2002) führten eine Metaanalyse zur Psychoedukation bei Schizophrenie durch und berücksichtigten dabei nur solche Studien, in denen der Schwerpunkt auf Wissensvermittlung gelegt wurde. Interventionen, die irgendwelche Elemente von Verhaltenstraining wie Social Skills Training enthielten, wurden ausgeschlossen. Mit ihren engen Kriterien konnten sie schließlich zehn Studien einschließen. Anhand ihres Datenmaterials kommen sie zu der Schlussfolgerung, dass psychoedukative Inter-

ventionen die Rückfall- und Rehospitalisierungsrate zum 9- und 18-Monats-Follow-up im Vergleich zur Standardversorgung signifikant reduzieren (RR 0.8 Cl 0.7–0.9, NNT 9 Cl 6–22) und das psychosoziale Funktionsniveau verbessern können.

Vor allem die verhaltenstherapeutisch fundierten Familientherapieansätze, die immer auch psychoedukative Elemente beinhalten, wurden vielfach einer empirischen Überprüfung unter kontrollierten Bedingungen unterzogen. Kavanagh (1992) konnte in seiner Übersichtsarbeit zeigen, dass die Patienten, die in den kontrollierten Vergleichsstudien Familientherapie erhalten hatten, im Laufe von ein und zwei Jahren signifikant weniger Rückfälle aufwiesen als die Patienten der Kontrollgruppen ohne Familientherapie (Median: 33 % versus 72 % nach zwei Jahren).

Diese positiven Befunde wurden von der Metaanalyse von Mari und Streiner (1994) zwar bestätigt, aber mit der intent-to-treat-Auswertungsstrategie doch etwas relativiert. Allerdings nahmen sie in ihre Analyse nach strengen Auswahlkriterien nur sechs Familieninterventionsstudien mit insgesamt 350 Patienten auf. Gemäß der Auswertung »according to protocol« stellte sich die Familientherapie als eine effektive Therapie dar, während bei Anwendung der intent-to-treat Auswertungsstrategie eine geringere Effektivität resultierte. In einer neueren Version dieser Metaanalyse von Pharoah et al. (2003), in die 14 Familieninterventionsstudien mit insgesamt 721 Studienpatienten eingingen, konnte das Ergebnis bestätigt werden, dass Familieninterventionen das Rezidivrisiko reduzieren können. Auch die Stärkung der Medikamenten-Compliance durch Familieninterventionen sowie eine Verbesserung der allgemeinen sozialen Anpassung der Patienten und eine positive Beeinflussung des EE-Status der Familien konnte in einem Teil der einbezogenen Studien gezeigt werden.

In einer Metaanalyse von Pitschel-Walz et al. (2001), die 25 randomisierte Studien eingeschlossen hatten, wurde eine Verbesserung der Rückfallrate um durchschnittlich 20 Prozentpunkte berechnet, wenn die Familien von schizophren Erkrankten Hilfen zur Bewältigung der Situation im Rahmen von psychoedukativen Angehörigengruppen oder familientherapeutischen Sitzungen mit psychoedukativen Elementen erhalten hatten.

Zusammenfassung und Ausblick

Psychoedukative Verfahren stellen einen sehr umschriebenen Interventionsansatz dar, um das Empowerment der Betroffenen und ihrer relevanten Bezugspersonen zu verbessern. Es kann von einer »Basisbefähigung« gesprochen

werden, um die von einer Erkrankung betroffenen Menschen möglichst handlungsfähig bezüglich der langfristigen Bewältigung ihrer Erkrankung zu machen. Insbesondere bei schizophren Erkrankten und ihren Bezugspersonen stellt die Psychoedukation die adäquate Basispsychotherapie während des akuten und auch postakuten Verlaufs der Erkrankung dar. Die Psychoedukation trägt hierbei den anfänglichen kognitiven Belastungen, der Überempfindlichkeit gegenüber Affektaktualisierungen und der verminderten Toleranz gegenüber Reizüberflutung ganz besonders Rechnung. Durch die gezielte Einbeziehung der Angehörigen erhöht sich deren Umgangskompetenz, sodass sie eine protektive Funktion erhalten, die den Langzeitverlauf positiv beeinflussen kann.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass sich durch den systematischen Einsatz psychoedukativer Interventionen das Empowerment verbessert, die Compliance gestärkt wird, die Zahl der Rezidive und Rehospitalisierungstage zurückgeht und es insgesamt zu einer Stärkung der Autonomie der Betroffenen kommt. Dadurch wird das Wiederauftreten neuer Erkrankungen reduziert, sodass Psychoedukation als klassisches Instrument der Sekundärprävention bezeichnet werden kann.

Durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen mit Durchführung von Workshops und Qualifikation von Therapeuten wird versucht, die Psychoedukation in die Routinebehandlung psychiatrisch-psychotherapeutischer Einrichtungen zu implementieren. Um die Fortführung der meist stationär begonnenen Psychoedukation auch im ambulanten Bereich zu sichern, müssen entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten geschaffen werden. Da sich die Psychoedukation neben dem schizophrenen Krankheitsspektrum auch in vielen anderen psychiatrisch-psychosomatischen und somatischen Bereichen zu bewähren beginnt, müssen entsprechend adaptierte Therapiemanuale zur Verfügung gestellt werden. Es gibt bereits eine breite Palette dieser Therapeuten-Handbücher, die laufend überarbeitet und adaptiert werden. Bei Interesse können entsprechende Informationen von den Autoren direkt bezogen werden.

Der wachsenden Bedeutung psychoedukativer Interventionen wird auch dadurch Ausdruck verliehen, dass inzwischen die Einrichtung eines Referates »Psychoedukation« bei der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) beschlossen worden ist, das von den Autoren wahrgenommen wird. Die möglichst flächendeckende Verbreitung psychoedukativer Interventionen stellt eine konstruktive Antwort auf das Bemühen der meisten Erkrankten dar, möglichst selbstständig und von anderen unabhängig mit ihrem Erkrankungsschicksal zurechtzukommen. Dieser Autonomiezuwachs der Betroffenen ist per se als Stärkung der Selbstwirksamkeit zu verstehen und bedeutet ein sehr wesentliches psychotherapeutisches Basisziel; gleichzeitig wird durch die Nutzung der Ressourcen der Erkrankten ein Beitrag zur Entlastung unseres Gesundheitssystems geleistet. Die Gesundheitspolitik ist deshalb gut beraten, psychoedukative Interventionen als wirksames Instrument der Sekundärprävention systematisch zu fördern.

Literatur

Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ (1981) The Psychoeducational family treatment of schizophrenia. In: Goldstein MJ (Hrsg) New developements in interventions with families of schizophrenics: 79–94. Jossey Bass, San Francisco.

Bäuml J, Berger H, Gunia H, Juckel G, Heinz A, Pitschel-Walz G (2005) Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenen Psychosen. Therapiemanual. Schattauer-Verlag, Stuttgart. In press.

Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg.) (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Bäuml J, Pitschel-Walz G, Basan A, Kissling W (1999) Psychoedukative Gruppen bei Angehörigen von schizophrenen Patienten: Erwartungen und Einstellungen von Angehörigen im Vergleich zu professionellen Helfern. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. In: Hartwig P (Hrsg). Schizophrenien – Wege der Behandlung: 131–175. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels.

Bäuml J, Pitschel-Walz G, Basan A, , Förstl H (2003) Die Auswirkungen des protektiven Potentials von Angehörigen auf den Langzeitverlauf schizophrener Psychosen: Ergebnisse der 7-Jahreskatamnese der Münchner PIP-Studie. In: Binder W, Bender W (Hrsg). Die dritte Dimension in der Psychiatrie – Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg: 129–159. Claus Richter Verlag, Köln.

Bäuml J, Pitschel-Walz G, Kissling W (1996) Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige. In: Stark A (Hrsg). Verhaltenstherapeutische Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten: 217–255. dgvt-Verlag, Tübingen.

Berger H, Friedrich J, Gunia H (2004) Psychoedukative Familien-Intervention. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP (1997) Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or care-givers: results of a 2-year follow-up. Acta Psychiat Scand 483–491.

Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW (1984) Family Care of Schizophrenia. Guilford Press, New York.

Fiedler P (1996) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Hahlweg K, Dürr H, Müller U (1995) Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien: Beltz, Weinheim.

Heinz A, Juckel G (2005) Die Neurobiologie der Schizophrenie. In: Bäuml J, Berger H, Gunia H, Juckel G, Heinz A, Pitschel-Walz G (Hrsg.) Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenen Psychosen. Schattauer-Verlag, Stuttgart. In press.

Held T (1993) Modellprojekt »Schizophreniebehandlung in der Familie« im Modellverbund Psychiatrie. Nomos, Baden-Baden.

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J et al. (2000) A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. Arch Gen Psychiatry 57: 277–283.

Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, Reker T (1999) Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and theit key-persons – results of a five-year follow-up. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 249: 162–7.

Kampman O, Lehtinen K (1999) Compliance in psychosis. Acta Psychiatr.Scand., 100 (3): 167–175.

Kavanagh DJ (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Brit J Psychiat 160: 601–620.

Kilian R, Roick C, Angermeyer C, Becker T (2004) Methodische Probleme und Lösungsansätze der Kostenerfassung und der Kostenanalyse in der psychiatrischen Versorgung am Beispiel der Kosten der Schizophreniebehandlung. In: Vogel H, Wasem J (Hrsg). Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Schattauer-Verlag, Stuttgart: 76–99.

Kissling W (1994) Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavia 89, Supplement 382, 16–24.

Klingberg S, Schaub A, Conradt B (2003) Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Beltz-PVU, Weinheim.

Mari JJ, Streiner DL (1994) An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. Psychological Medicine; 24: 565–78.

Osterheider M, Franken-Hiep C, Horn R (1998) Gesamtkrankenkosten der Schizophrenie und monetäre Bewertung einer Rezidivprophylaxe am Beispiel eines Standard-Depot- Neuroleptikums (Flupentixoldecanoat*). Psychiatrische Praxis, 25,1. 38–43.

Pekkala E, Merinder L (2002) Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). Cochrane The Cochrane Library.

Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ, Streiner D (2003). Family intervention for schizophrenia. The Cochrane Library. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4) : CD000088

Pitschel-Walz G, Engel RR (1997) Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. Ergebnisse einer Metaanalyse. Psycho, 23,1. 22–36.

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia – A Meta-analysis. Schizophrenia Bulletin 27, 1: 73–92.

Rössler W, Salize J, Knapp M (1998) Die Kosten der Schizophrenie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 66, 496–504.

Roick C, Kilian R, Angermeyer C (2004) Zur Aussagefähigkeit gesundheitsökonomischer Analysen in der Psychiatrie: eine Untersuchung am Beispiel der indirekten Kosten schizophrener Psychosen. In: Vogel H, Wasem J (Hrsg). Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Schattauer-Verlag, Stuttgart: 21–31.

Roder V, Zorn P, Andres K, Pfannmatter M, Brenner HD (2002) Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophren Erkrankter. Hans Huber Verlag, Bern.

Watzl H, Niedermeier T, Cohen R (1993) Determinanten der Beziehung zwischen Expressed emotion und schizophrenem Rückfall. In: Mundt C, Kick H, Fiedler P (Hrsg). Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Roderer Verlag, Regensburg: 91–102

Wiedemann G, Klingberg S, Pitschel-Walz G und Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003) Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. Nervenarzt 74: 789–808.

Psychoedukative Familienintervention – ein neues Verfahren zur Rückfallprophylaxe schizophrener Störungen

Hartmut Berger

Einleitung

Psychoedukation fußt auf der empirisch gesicherten Erkenntnis, dass das familiäre Klima nicht unwesentlich Einfluss auf den Verlauf schizophrener Psychosen nimmt. So wissen wir aus Studien zum Einfluss des emotionalen Klimas in Familien auf den Verlauf der Schizophrenie, dass im Jahr nach Abklingen eines akuten psychotischen Schubes die Rückfallraten in Familien, in denen ein hostiles und emotional lebhaftes Klima herrscht, fast doppelt so hoch sind wie in Familien mit einem entspannten emotionalen Klima. Diese Erkenntnis führte zur Entwicklung von Interventionsstrategien, die sich zwischenzeitlich unter dem Namen Psychoedukation eingebürgert haben. Ungeachtet der jeweiligen Interventionsstrategie zeigen alle Studien gleichsinnig, dass Psychoedukation in der Lage ist, die Rückfallraten im Vergleich zu den Kontrollgruppen in einem Beobachtungszeitraum von bis zu acht Jahren um 23 % zu senken. Dies ist insbesondere deshalb von großer klinischer Bedeutung, weil wir inzwischen wissen, dass sich die rückfallpräventiven Effekte der Psychoedukation auf die gleichsinnigen Effekte der Psychopharmakotherapie aufaddieren. So ist auf dem Hintergrund der umfangreichen Studienlage heute folgende evidenzbasierte Aussage möglich: Wenn nach Abklingen eines psychotischen Schubes jegliche Behandlung abgebrochen wird, so beträgt die Rückfallrate im darauf folgenden Jahr 80 %. Wenn ein Patient in dieser Zeit regelmäßig Psychopharmaka einnimmt, sinkt die Rückfallrate auf 40 %. Unterzieht er sich zusätzlich noch einer Psychoedukation, sinkt die Rückfallrate weiter auf 20 %. Dieser rückfallpräventive Effekt ist so eindrucksvoll, dass es als Kunstfehler angesehen werden muss, wenn Patienten mit schizophrenen Störungen keine Psychoedukation angeboten wird.

Die zurzeit gängigen psychoedukativen Verfahren lassen sich nach Struktur und Inhalt einteilen. So gibt es zunächst einmal die so genannten unifokalen Angebote, in denen Psychoedukation in Gruppen vermittelt wird, an denen entweder nur Patienten oder nur Angehörige teilnehmen. Im bifokalen Ansatz werden Parallelgruppen sowohl für Angehörige als auch für Patienten angeboten. Im Mehrfamilienansatz wird Psychoedukation Patienten und Angehörigen in gemeinsamen Gruppen vermittelt. Inhaltlich ist zu unterscheiden zwischen einer reinen Psychoedukation und erweiterten Verfahren. Psychoedukation im engeren Sinne vermittelt ausschließlich Wissen

über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten. In einem erweiterten Ansatz tritt neben die Wissensvermittlung auch die Vermittlung von Strategien, die die Kommunikation und das Problemlöseverhalten verbessern sollen.

Das in unserer Klinik entwickelte Programm der Psychoedukativen Familienintervention stellt eine an die speziellen Bedürfnisse schizophrener Patienten und deren Angehörigen angepasste Version der verhaltenstherapeutisch orientierten Familienintervention dar. Unser Programm erweitert die herkömmlichen psychoedukativen Ansätze um die Vermittlung psychotherapeutischer Strategien, deren Ziel es ist, die familiäre Kommunikation auf verschiedenen Ebenen zu verbessern. Es geht also nicht nur um die Befähigung der Patienten und ihrer Angehörigen durch eine umfassende Wissensvermittlung über die Krankheit, ihre Behandlungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien, sondern zusätzlich um die Vermittlung von Strategien zur Förderung der familiären bzw. partnerschaftlichen Kohäsion. Aus diesem Grunde verfolgt unser Programm den Ansatz der Mehrfamilienintervention, bei dem mehrere Familien zu einer Gruppe zusammengefasst werden, in der Patienten ebenso vertreten sind wie Angehörige. Diese Zusammensetzung ermöglicht Interventionen, die in einer singulären Familientherapie oder in einer bifokalen Therapie nicht möglich wären. Die Familiengruppen gestatten es nämlich, Themen anzusprechen, die in unifokalen bzw. bifokalen Gruppen überhaupt nicht zur Sprache kommen können. Sie bieten zudem die Gelegenheit, das soziale Netzwerk der Familie zu erweitern und es ist möglich, bei der Durchführung der Rollenspiele einzelne Familienmitglieder mit anderen zu mischen. Hierdurch gelingt es, selbst bei emotional belastenden Themen eine hohe Akzeptanz und Lernerfolge zu erreichen, welche in den anderen genannten Gruppenformen so nicht möglich sind.

Das PEFI-Programm selbst setzt sich also aus den vier Bausteinen Informationsvermittlung, Kommunikationstraining, soziales Kompetenztraining und Problemlösetraining zusammen.

Überblick über das Programm

Das Programm umfasst elf Sitzungen. Hiervon werden zehn Sitzungen im Wochenabstand zu je 90 Minuten hintereinander durchgeführt, die elfte Sitzung erfolgt ein halbes Jahr später. Die erste Sitzung dient dem gegenseitigen Kennenlernen, der Vorstellung des Konzeptes und gibt den Teilnehmern die Möglichkeit, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. In der zweiten Sitzung werden Informationen über psychotische Störungen anhand des

Vulnerabilitätsstressmodells vermittelt, ferner wird der Verlauf und die Prognose sowie das Expressed-Emotions-Konzept erläutert. In dieser Sitzung werden ebenfalls die neurobiologischen Grundlagen der schizophrenen Psychose erläutert. In der dritten Sitzung werden die neurochemischen Grundlagen der Psychopharmakawirkung erläutert, ferner die verschiedenen Stoffgruppen, deren Wirkungen und Nebenwirkungen. Die vierte Sitzung dient der Vermittlung von Wissen über nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren, im Einzelnen dient diese Sitzung der Erläuterung der verschiedenen psycho- und soziotherapeutischen Verfahren. In der fünften Sitzung geht es um die Erkennung von Frühwarnzeichen. Mit den Familien wird eine Liste von geläufigen Prodromalzeichen erstellt. In der Sitzung werden Maßnahmen für den Fall eines drohenden Rückfalls erarbeitet und in einem Krisenplan festgehalten. Ab der sechsten Sitzung werden kommunikative Strategien anhand von Rollenspielen vermittelt. In der sechsten Sitzung geht um die Vermittlung von Ich-Botschaften, also die Einübung von Strategien, wie man ein störendes Verhalten bei dem Partner angemessen beschreibt und konstruktive Lösungsvorschläge vorgibt. Die siebte Sitzung dient der Vermittlung von Strategien berechtigter Forderungen. In der achten Sitzung wird die Kommunikationsstrategie des aktiven Zuhörens eingeübt. Die neunte und die zehnte Sitzung dient der Vermittlung des Problemlöseschemas anhand konkreter Beispiele.

Wenn in den Sitzungen die Themen Schuld und Scham zur Sprache kommen, ferner das Problem, wie man sich mit Dingen abfindet, die man zwar so nicht will, die man aber aus eigener Kraft nicht zu ändern vermag und wenn es um Stress und dessen Bewältigung geht, können den Gruppen Ergänzungssitzungen zu den drei genannten Themen angeboten werden.

In der elften Sitzung, der nach einem halben Jahr stattfindenden Wiederauffrischungssitzung, wird ein Erfahrungsaustausch in gemischten Familien angeregt. Die Kleingruppen sollen erarbeiten, welche Strategien erfolgreich angewendet wurden und welche in der Sitzung zu wiederholen sind. Bei Bedarf werden einzelne Inhalte und Kommunikationsstrategien wiederholt.

Ergebnisse der Begleitforschung

Die psychoedukative Familienintervention wird in der dargestellten Form in unserer Klinik seit 1998 durchgeführt. Seit dieser Zeit wird das Verfahren gemeinsam mit dem Psychologischen Institut der Technischen Universität Darmstadt evaluiert und zwar sowohl im Hinblick auf den Prozess selbst als

auch im Hinblick auf die Ergebnisse. Zum Prozess selbst ist zu sagen, dass insbesondere die Rollenspiele bei den Gruppenteilnehmern eine hohe Akzeptanz genießen. Ferner zeigt sich über den Verlauf der Gruppensitzungen ein erkennbarer und statistisch signifikanter Wissenszuwachs, der das erste halbe Jahr überdauert. Schließlich wächst in den Familien über die zehn Gruppensitzungen hinweg das Vertrauen in die eigene Fähigkeit, Konflikte zu lösen. Dieser Effekt überdauert die Gruppensitzungen und verstärkt sich offenbar nach deren Ende, wie anhand der Nachuntersuchungen zu belegen ist. Eng hiermit verbunden ist ein Zuwachs an Sicherheit und Geborgenheit innerhalb der Familie. Im Hinblick auf die Rückfallraten kann bezogen auf ein Jahr festgestellt werden, dass die psychoedukative Familienintervention die Rückfallraten von 60 % vor der Intervention auf 19 % nach der Intervention im Verlauf eines Jahres abzusenken vermag.

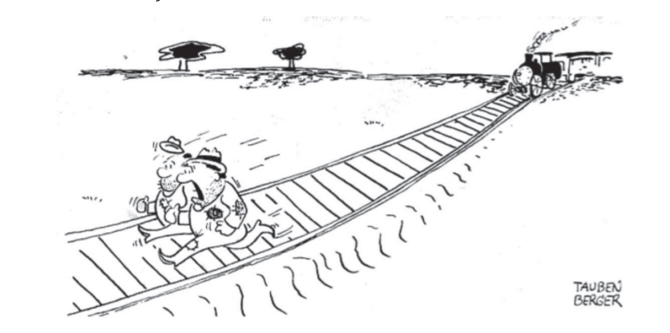
Die psychoedukative Familienintervention stellt also ein sehr effektives und einfach anzuwendendes Instrument zur Rückfallverhütung bei schizophrenen Psychosen dar.

Konstruktivistisch-systemtheoretische Aspekte der Chronifizierung

Über die wechselseitige Beeinflussung von körperlichen, psychischen und sozialen Systemen

Fritz B. Simon

Die Wechselbeziehungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Systemen sind äußerst komplex. Das mag einer der Gründe dafür sein, dass Spezialisten sich fast immer nur mit dem einen dieser Bereiche beschäftigen, nicht aber mit ihren Wechselbeziehungen. Es ist offenbar sehr schwer, eine Theorie zu finden, die allen drei Typen von Systemen und ihrer Beziehung zueinander gerecht werden kann. Aus meiner Sicht kann diese am ehesten unter Anlegen einer systemtheoretisch-konstruktivistischen Perspektiven geleistet werden, oder zumindest eine Annäherung an die damit verbundenen Fragestellungen erreicht werden. Um gleich mitten hinein ins Thema zu tauchen, ein Bild:



»Wenn nicht bald eine Weiche kommt, sind wir verloren.«

Abbildung 1

Wie Sie sehen, haben wir hier zwei Menschen, die sich in einer gefahrvollen Situation befinden. Zweifellos sind es Organismen, biologisch begründet in dem, was sie tun; und sie befinden sich in einer Umwelt, die gefährlich ist. Irgendwie haben sie eine, von wem auch immer, vorgegebene Laufbahn eingeschlagen, und eine höhere Macht, der sich entgegenzustellen schwer ist, bedroht sie.

Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Ansatz versucht – auch in diesem Fall – herauszufinden, wie die Wechselbeziehungen zwischen objektiven Gegebenheiten und subjektiven Beschreibungen, d. h. Wirklichkeitskonstruktion, die von Individuen oder auch einer Gemeinschaft von Menschen vollzogen wird, sind.

Wenn es um Veränderung geht, also z.B. Therapie, kann man unterschiedlich intervenieren, je nach dem, wo man den Schwerpunkt setzt: körperlich, umweltorientiert und sozialorientiert. Man kann versuchen, um im obigen Bild zu bleiben, die Umwelt zu verändern, indem man Weichen einbaut, sodass die beiden Hauptpersonen einen Ausweg finden können. Das wäre eine Möglichkeit, die Umwelt zu verändern. Oder man kann auch versuchen, den Zug zum Halten zu bringen. Wollte man auf biologischer Ebene intervenieren, so könnte man etwa die beiden Rennenden mit Dopingmitteln versorgen, damit sie schneller ihrem drohenden Schicksal entgehen können. Und als Drittes, könnte man sich bemühen, auf der psychischen Ebene Veränderungen zu induzieren, indem man beispielsweise versucht, ihr Weltbild zu verändern. Man kann sich mit ihnen auf die Schienen setzen und sie darüber aufklären, dass es gefährlich ist, was sie da machen ... Es gibt also viele Möglichkeiten zu intervenieren. Die Frage ist: Wo setzt man sinnvollerweise an?

Konstruktivistische Prämissen

Die konstruktivistische Prämisse ist, dass alles, was gesagt wird, von einem Beobachter gesagt wird: Es gibt keine beobachterunabhängigen Aussagen über psychische, soziale oder körperliche Prozesse.

Wenn immer wir irgendwelche Begriffe verwenden, sagen wir, ob wir das wollen oder nicht, etwas über uns und über unser Weltbild aus. Es ist also sehr wichtig, genau auf die Brille zu achten, durch die wir auf die Welt schauen, denn sie beeinflusst das, was wir sehen. Dabei empfiehlt es sich, die Wechselbeziehungen zwischen dem Prozess des Beobachtens und dem beobachteten Gegenstandsbereich in den Fokus der Aufmerksamkeit zu nehmen: Was macht die Beobachtung mit dem, was beobachtet wird? Denn Beobachtung ist nichts Harmloses. Wir wissen aus der Physik, dass sich die meisten unbelebten Gegenstände nicht dadurch verändern, dass sie beobachtet werden. Die Sonne verändert sich nicht durch meine Beobachtung. Im belebten Bereich der Welt, also auch und gerade in sozialen Situationen ist das anders. Wer einen Vortrag hält, weiß, dass er beobachtet wird, und er verhält sich anders als zu Hause. Auch die körperlichen Auswirkungen des Beobachtetwerdens kennt jeder, der schon einmal auf einer Toilette saß, bei der die Tür nicht zu ging.

Um diese konstruktivistischen Prämissen im Blick auf das, was uns hier im Zusammenhang mit der Frage der Chronifizierung interessiert, zusammenzufassen: Es gibt im sozialen Bereich nur selten den Fall, dass die Beobachtung nicht das verändert, was sie beobachtet. Daher ist es wichtig, die

Auswirkungen der Methoden und des Prozesses der Beobachtung zu reflektieren. Wie wird Chronizität beobachtet? Und inwiefern beeinflusst die Art, wie es beobachtet wird, das »chronisch« genannte Geschehen?

Systemtheoretische Prämissen

Die Systemtheorie geht davon aus, dass es statische Zustände eigentlich gar nicht gibt. Sie sind eine Erfindung des Beobachters. Alles ist im Fluss, wie ein griechischer Umweltschützer vor mehr als 2000 Jahren bereits festgestellt hat. Die Idee der Statik ist auch nur eine Konstruktion. Sie bewährt sich in vielen Bereichen der unbelebten Welt, nicht aber, wenn es um Lebensprozesse geht. Hier ist sie sogar ausgesprochen gefährlich.

Wenn wir, wie etwa in der Mechanik, unbelebte Objekte untersuchen, so gehen wir davon aus, dass alles so bleibt, wie es ist, es sei denn eine von außen kommende Kraft wirkt darauf ein.

Im Bereich von Lebensprozessen, von psychischen Prozessen und von sozialen Prozessen bleibt aber nichts so, wie es ist, es sei denn, irgendwelche Aktivitäten, ein *Prozess,* sorgt dafür, dass alles so bleibt, wie es ist (Simon 1997).

Wir gehen z. B. bei unserem eigenen Körper stillschweigend von einer gewissen Unveränderbarkeit aus. Deswegen wundert es uns nicht, wenn wir uns morgens im Spiegel wieder erkennen (meistens wenigstens). Es scheint uns selbstverständlich. Voraussetzung dafür ist aber der hochkomplexe und wohlorganisierte biologische Prozess des Stoffwechsels. Wird er gestört oder beendet, dann kann sich unser Zustand drastisch verändern. Ja, mehr als nur Veränderung geschieht: Die von uns als selbstverständlich erwartete Konstanz unserer äußeren Gestalt löst sich auf, sobald dieser, die scheinbare Nicht-Veränderung bewirkende, die Konstanz und Identität des Körpers erhaltende, Prozess beendet wird.

Das heißt, wir nehmen in unserem Alltag ganz viele Dinge einfach als gegebene Zustände hin und fragen gar nicht nach der Erklärung dafür, dass sich nichts ändert. Aus einer systemtheoretischen Perspektive, die sich mit lebenden Systemen beschäftigt, bedarf jeder dauerhafte Zustand der Erklärung. Üblicherweise fragen wir nur bei einer Veränderung nach einer Erklärung. Wir müssen aber fragen, wie es kommt, dass sich etwas nicht verändert und sich, beispielsweise, jemand nicht weiterentwickelt.

Zur Illustration ein Beispiel: Ich war vor einiger Zeit in einem Konzert eines Sängers, von dem ich bereits vor zwanzig Jahren ein Konzert gehört hatte. Damals war ich begeistert, dieses Mal aber nicht, denn es war mehr oder weniger dasselbe Konzert. Es stellte sich mir daher die Frage, wie dieser Sänger es geschafft hat, sich nicht weiterzuentwickeln. Es zeigte sich, dass er das gar nicht nötig hatte, denn sein Publikum hatte sich verändert. Bei diesem Sänger hatte sich die Umwelt (die Zuhörer) verändert oder besser gesagt, ich war wahrscheinlich der einzige, der damals schon im Konzert war. Da das Publikum ausgetauscht wurde, konnte er immer wieder die alten Lieder singen, weil sie für die Zuhörer neu waren. Er konnte immer wieder dasselbe Verhalten wiederholen, dieselben Lieder singen, mit anderen Worten: Er konnte chronifizieren und seine Entwicklung einstellen. Er beobachtete seine Umwelt und die Menschen in seiner Umwelt, das Publikum beobachtete ihn, und da beide zueinander passten, musste dieser Sänger sich nicht verändern. Die Veränderung war diesem Fall in ihrer Wirkung paradox: Da die konkreten Menschen ausgetauscht wurden, blieb die Zusammensetzung des Publikums, die Altersgruppe, ihr Geschmack usw. dieselbe.

Soziale Systeme entstehen, um auch hier die Grundannahmen zusammen zu fassen, wenn Beobachter andere Beobachter beim Beobachten beobachten und sich aufgrund dieser Beobachtung verhalten. Wir müssen uns daher mit den Phänomenen und den Methoden der Beobachtung beschäftigen, wenn wir wissen wollen, wie sich soziale Systeme in der Interaktion und Kommunikation von Menschen miteinander strukturieren.

Konstruktion der Wirklichkeit

Das grundlegende Prinzip von Wirklichkeitskonstruktion ist eine doppelte Unterscheidung: Zum einen nehmen wir irgendwelche Phänomene wahr, und zum zweiten vollziehen wir auf einer sprachlichen Ebene Unterscheidungen: Wir geben den unterschiedenen Phänomenen einen Namen. Zwischen beidem besteht ein Unterschied, so wie zwischen einer Landschaft und einer Landkarte oder zwischen einer Speisekarte und einer Speise. Es ist deshalb wichtig, die beiden Ebenen zu unterscheiden, weil eine Verwechslung gefährlich ist (man würde anfangen, Speisekarten zu essen).

Was bedeuten all diese Theorien nun für die Praxis?

Wenn wir uns Wirklichkeitskonstruktionen genauer anschauen, dann ist es aus meiner Sicht pragmatisch sinnvoll, drei Ebenen zu unterscheiden:

1. Die Beschreibung von Phänomenen: Welche Phänomene werden überhaupt in die Wahrnehmung einbezogen und welche werden ausgeblendet, übersehen, vergessen, verleugnet usw.? Hier findet ein erster Auswahlprozess statt, denn die Aufmerksamkeit des Beobachters könnte immer auch auf andere Phänomene gerichtet werden, die dann stattdessen wahrgenommen würden.

2. Die Erklärung der Phänomene: Welche Hypothesen werden gebildet und welche Ursache-Wirkungs-Beziehungen werden konstruiert, um die Entstehung und Nicht-Veränderung eines Phänomens zu erklären? Auch hier ist es wichtig, sich klar zu machen, dass es für jedes Phänomen immer unterschiedliche Erklärungen geben kann. Und dementsprechend lassen sich auch unterschiedliche Theorien entwickeln, die dann zur Grundlage des Handelns werden. Denn man handelt meist nicht aufgrund von Phänomenen, die man beobachtet, sondern aufgrund der Erklärung, die man für sie zur Verfügung hat ...
3. Die Bewertung des jeweiligen Phänomens: Man hat auch hier unterschiedliche Möglichkeiten, irgendein beobachtetes Phänomen positiv oder negativ einzuschätzen, sich darüber zu freuen und versuchen, es zu bewahren, oder darunter zu leiden und zu versuchen, es zu beseitigen.

Wir müssen uns allerdings darüber klar sein, dass diese drei Aspekte von Wirklichkeitskonstruktionen nicht unabhängig voneinander sind. Wenn wir eine bestimmte Erklärung für etwas Wahrgenommenes konstruieren, so ändert sich auch seine Bewertung. Wird das Verhalten eines Menschen, zum Beispiel, als Ausdruck einer Krankheit erklärt, so führt das zu einer anderen Bewertung – und Reaktion seiner Mitmenschen –, als wenn es als Ausdruck seines bösen Willens interpretiert wird.

In den Begriffen, die wir im Alltag verwenden, sind diese drei Aspekte häufig miteinander vermischt und nicht getrennt. Das ist offenbar sehr praktisch und ökonomisch sinnvoll, um sehr kondensiert alle drei Aspekte gleichzeitig mitzuteilen. Aber diese Ökonomie hat den Preis, dass wir manchmal etwas beschreiben und gleichzeitig eine Erklärung mitliefern, ohne uns dessen bewusst zu sein oder es gar zu wollen. Psychiatrische Diagnosen sind ein Musterbeispiel für dieses Phänomen: Eigentlich beschreiben wir immer nur das beobachtbare Verhalten eines »Patienten«, aber durch die Verwendung des Begriffs »Krankheit« erklären wir es häufig gleichzeitig, ohne uns dessen und der Konsequenzen bewusst zu werden.

Begriff und Gegenbegriff

Schauen wir uns die Begriffe »gesund« und »krank« an. Wenn wir den Begriff »krank« nehmen, gibt es ganz klar definierende Merkmale diagnostischer Art. Schwieriger ist es beim Gegenbegriff. Versucht man »Gesundheit« zu definieren, rein phänomenologisch, fällt das ungleich schwerer, und meist ist es besser davon zu sprechen, jemand sei nicht offensichtlich krank, weil die

Merkmale von Krankheit fehlen. »Nicht-krank« zu definieren ist einfacher als »gesund«, weil es keine eindeutigen, positiv feststellbaren, diagnostischen Merkmale der Unterscheidung für »Gesundheit« gibt.

Ich selbst habe einmal eine psychoanalytische Ausbildung durchlaufen. Das Problem bei der Psychoanalyse und der Grund, warum sie so teuer geworden ist – Freud benötigte noch 20 Stunden, die heutigen Analytiker ein Vielfaches – ist das Gesundheitskonzept. Wenn das Ziel einer solchen Therapie »genitale Reife« ist, dann ist nicht überprüfbar, wann der Patient diesen Zustand erreicht hat. Es gibt kein beobachtbares Merkmal der Unterscheidung dafür. Ich glaube, dass das natürlich auch genauso für körperliche »Gesundheit« oder »psychische Reife« u.Ä. gilt. Sich an Gesundheitsideen zu orientieren, sorgt dafür, dass ein Ende von Therapien nicht unabsehbar wird (es gibt kein Merkmal dafür, wann man damit aufhören kann) und die Kosten für das Gesundheitssystem müssen explodieren (Simon 1995).

Unterscheidungen von Beobachtungen und Verhalten

Aus dem, was ich versucht habe theoretisch darzulegen, ergeben sich ein paar Fragen: Welches sind denn jetzt die Phänomene, die wir beobachten können im Bereich psychischer Krankheit? Wie werden sie erklärt und wie werden sie bewertet? Und wie beeinflussen diese drei Dinge sich?

Hierzu eine kurze Geschichte: Ich habe vor einiger Zeit mit einer Familie gearbeitet und da wurde über ein Ereignis am Wochenende berichtet. Der einundzwanzigjährige Sohn hatte während des familiären Frühstücks eine volle Tasse Kaffee an die Wand geworfen. So etwas passiert manchmal in Familien, und ich frage, wenn so etwas geschildert wird, immer danach: »Wie erklären Sie sich das?« Der Vater sah es als Bosheit des Sohnes, der sich schon die ganze Woche über geweigert hatte, ihm beim Tapezieren dieses Zimmers zu helfen. Nun war es fertig tapeziert, und der Sohn hatte die Tasse an die Wand geworfen. Die Mutter war sich nicht sicher, ob es nicht doch die Krankheit war, die eigentlich die Tasse geworfen hatte. Und die Großmutter, und deswegen ist mir diese Geschichte in Erinnerung geblieben, war der Meinung, er sei besessen. Das findet man heute in unseren Breiten selten.

Aus diesen drei Erklärungskonzepten ergeben sich unterschiedliche Bewertungen des Verhaltens und unterschiedliche Interventions- und Behandlungsstrategien. Einmal haben wir es mit einem »Täter« zu tun, der bösartig das Werk eines anderen zerstört. Das andere Mal haben wir es mit einem hilfsbedürftigen und nicht schuldfähigen Patienten zu tun. Und beim dritten Mal ist er so etwas wie das Opfer einer psychischen Haus-Besetzung.

Das Problem bei psychischen Krankheiten ist, dass wir die psychischen Prozesse anderer Menschen prinzipiell nicht beobachten können. Das Einzige, was wir wirklich von außen beobachten können, ist sein Verhalten. Wir können auch Mimik und Gestik beobachten und daraus Folgerungen ziehen. Wenn jemand sich selbst als traurig erlebt, so können wir seine Traurigkeit nicht direkt beobachten – auch nicht seine Freude. Wir können zwar aufgrund unserer eigenen Erfahrungen sagen, dass jemand so aussieht als ob er traurig wäre oder sich freut und daraus schließen, dass er traurig ist oder sich freut, aber wir können weder die Traurigkeit noch die Freude, d.h. psychische Ereignisse und Prozesse anderer Menschen, nicht direkt beobachten. Psychische Prozesse sind prinzipiell kein Phänomenbereich, der direkter interpersoneller Beobachtung zugänglich wäre. Was wir beobachten können, sind körperliche Phänomene, dafür gibt es alle möglichen Untersuchungsinstrumente, die man anwenden kann, wie etwa die Abweichung von Normwerten usw. Und wir können das äußere Verhalten beobachten. Psychische Prozesse sind immer nur demjenigen direkt zugänglich, der sie erfährt – als Erleben, Denken, Fühlen usw.

Abweichendes Verhalten

Im Bereich psychischer Krankheiten beobachten wir daher in der Regel ein irgendwie abweichendes Verhalten. Was heißt abweichendes Verhalten? Ein Verhalten, das nicht den Erwartungen entspricht – denn Erwartungen sind das, was unser soziales Leben strukturiert. Wir folgen Erwartungen, wir richten Erwartungen an andere, wir haben Erwartungen, dass andere Erwartungen an uns haben, und das ist das, was soziale Spielregeln entstehen lässt und sie am Leben erhält.

Wenn wir davon ausgehen, dass wir nur das Verhalten von Individuen direkt beobachten können, nicht aber die (psychischen) Prozesse, die sie bewirken, so lassen sich zwei Arten abweichenden Verhaltens, d.h. von Symptomverhalten, unterscheiden: Einmal ein Verhalten, das dadurch auffällt, dass etwas Unerwartetes getan wird (»Plussymptome«) – Tassen an die Wand werfen ist ein Beispiel dafür, dass »mehr« geschieht, als wir als normal erachten – und das andere Mal ein Verhalten, das dadurch auffällt, dass etwas Erwartetes nicht getan wird (»Minussymptome«) – morgens nicht aufstehen, nicht zur Arbeit gehen, sich nicht waschen usw. sind Beispiele dafür, dass »weniger« geschieht als im Rahmen der allgemeinen Normen erwartet wird. Wann immer ein Verhalten als »normal« oder »pathologisch« bewertet wird, wird es an Erwartungen gemessen.

Wie kann man dieses abweichende Verhalten erklären? Es gibt im Moment drei Bereiche, in denen man die generierenden Mechanismen dafür (d.h. die Ursache) theoretisch gut begründbar verorten kann: den Organismus, die Psyche oder das soziale System. Konsequenz der jeweiligen Zuschreibung sind unterschiedliche Modelle einer kausalen Therapie: In dem Bereich, in dem man die Ursachen verortet hat, versucht man auch zu intervenieren.

Lokalisiert man die Ursachen für das als Symptom bewertete Verhalten im Organismus, dann liegt es auch nahe, auf der körperlichen Ebene zu intervenieren, meist in Form von Medikation. Allerdings – das gerät dabei häufig aus dem Blickfeld – ist auch Medikation immer ein soziales Verhalten: Sie findet in einem sozialen Kontext statt und erhält daher eine Bedeutung zugeschrieben, d.h. sie hat stillschweigende Implikationen, die über die rein biologische Wirkung hinausgehen. Man entgeht der kommunikativen Wirkung körperlicher Interventionen nicht. Die Zuschreibung der Verantwortung für Symptomverhalten zum Organismus impliziert, dass die Psyche des Betreffenden und auch das soziale System, d.h. dessen Spielregeln, von Schuld, Verantwortung, Macht usw. freigesprochen werden.

Das mag man positiv oder negativ bewerten, wichtig ist hier in erster Linie, diese sozialen Wirkungen biologischer Interventionen als wahrscheinlich ins Bewusstsein zu rücken. Man muss mit ihnen rechnen.

Wenn man die Ursachen in der Psyche sieht, endogen, dann hat man gar keine Chance zur kausalen Therapie, weil man in die Psyche eines anderen Menschen genauso wenig intervenieren kann wie man sie direkt beobachten kann. Es ist generell nur möglich, in das biologische System oder das soziale Umfeld zu intervenieren. Man kann also nur die biologischen und/oder sozialen Randbedingungen psychischer Prozesse anderer Menschen beeinflussen. (Daher ist der Begriff »Psychotherapie« aus systemtheoretischer Sicht fragwürdig.)

Sieht man die Ursache in den sozialen Verhältnissen, dann kann man hier sehr wohl intervenieren, wenn man das will und es für sinnvoll hält.

Aus systemtheoretisch-konstruktivistischer Sicht erscheint es wichtig, diese drei Systemtypen und -ebenen klar im Blick zu haben und zu schauen, welchem System jeweils die Kausalität zugeschrieben wird. Davon, wie man seine Erklärung konstruiert, hängt aber auch die Bewertung des Symptomverhaltens und dessen, der es produziert, ab: Mal ist er Opfer, mal Täter. Aber auch die therapeutischen Konsequenzen werden davon bestimmt. Wenn man an schizophrenogene Mütter glaubt, dann müssen die sich ändern. Wenn man den Schizococcus jagt, dann wird man eine entsprechende andere Therapie

verfolgen. Ich denke allerdings, jede dieser Zuschreibungen alleine ist falsch. Aber da es nicht um Prinzipien geht, stellt sich die Frage: Welches sind die pragmatisch sinnvollsten Erklärungen und – abgeleitet davon – Interventionsstrategien?

Bewertung des »Patienten«

Die Opferzuschreibung, die mit dem Patient-Sein einhergeht, ist allgemein bekannt. Der Begriff »Patient« (= Leidender) ist ja nicht zufällig gewählt. Pragmatisch wichtig erscheint bei jeder implizit oder explizit organischen Erklärung psychischer Erkrankung, dass sie einen sozialen Effekt hat. Wenn wir es mit erwachsenen, mündigen Menschen zu tun haben, gehen wir üblicherweise davon aus, dass das Verhalten, das er zeigt, wenn er nicht gerade schläft oder betrunken ist, als Handlung zu werten ist. Dem Verhalten wird eine »dahinter liegende« Absicht unterstellt. Es bekommt eine kommunikative Bedeutung zugeschrieben.

Nehmen wir die geflogene Tasse: Wenn man das Werfen der Tasse als Handlung bewertet, dann wird man entsprechende Konsequenzen ziehen. Wenn man aber meint, es sei ein Symptom, dann wird dieses Verhalten seines kommunikativen Rahmens entkleidet und es verliert seine »normale« Bedeutung. Damit wird der Patient de facto entmündigt. Ob das gut gemeint ist oder nicht, spielt dabei keine Rolle.

Wenn man jemanden zum Patienten macht, dann ist er Opfer – passiv, schwach, gut, und er hat, wenn überhaupt, nur geringen Einfluss auf das Geschehen. Er ist nicht oder nur begrenzt verantwortlich für sein Verhalten, nicht oder nur begrenzt schuldfähig. Dass er exkulpiert wird und er bzw. sein Verhalten exkommuniziert, d. h. ihrer Bedeutung als Handlung entkleidet wird, ist ein Aspekt biologischer Erklärungen, der deswegen so wichtig ist, weil er viele nicht-beabsichtigte Nebenwirkungen haben kann.

Wird eine Person als passiv und schwach gesehen, wirkt dies als Einladung an die Umwelt – seien das die Angehörigen, seien das Institutionen oder professionelle Fürsorger – ihm zu helfen; und implizit wird auch die Idee kommuniziert, dass Hilfe nur von außen kommen könnte. Ist jemand schwach, kann er nicht auch noch gefordert werden, und wird sein Zustand als chronisch bewertet, dann wird damit auch gleichzeitig noch eine Erwartung an die Zukunft verbunden. Man kann sich darauf einstellen, dass das Symptomverhalten dauerhaft erhalten bleibt oder irgendwann wieder kommt, falls es doch einmal verschwindet. Das sind Zuschreibungen, die nicht nur andere vornehmen, sondern die Patienten selbst auch. Irgendwann fragt man

sich auch als Patient: »Wer bin ich? Muss ich das annehmen, was mir über mich gesagt wird?«

Soziale Erklärungen

Richtet man die Aufmerksamkeit auf soziale Spielregeln, dann gilt, dass jedes »Spiel« so lange gespielt wird, wie Spieler mitspielen. Der entscheidende Punkt ist dabei, dass kein einziger Spieler die Kontrolle über das Spiel (d.h. das soziale System) hat, aber jeder dafür verantwortlich ist, dass es auf eine bestimmte Weise und mit charakteristischen Regeln weitergespielt wird – und eben nicht anders. Die Verwendung der Spielmetapher oder eines sozialsystemtheoretischen Ansatzes impliziert, dass die einfache Unterscheidung Schuld-Unschuld aufgehoben ist. Jeder ist verantwortlich für das interaktionelle Geschehen und jeder kann dazu nein sagen und irgendetwas anderes machen. Insofern ist er immer für die Aufrechterhaltung des Status quo mitverantwortlich, wenn er sein Vetorecht den bestehenden Verhältnissen gegenüber nicht nutzt. Dass er »nein« zu bestimmten Spielregeln sagen kann, indem er nicht »mitspielt« heißt aber nicht umgekehrt, dass er bestimmen könnte, was die anderen tun. Er hat keine Kontrolle über deren Verhalten, er kann Einfluss nehmen, aber seine Macht ist begrenzt.

Die Zuschreibung von »Chronizität« hat den Nebeneffekt, dass sie den Anteil, den jeder an der Aufrechterhaltung des Status quo hat, verdeckt, weil eine bestimmte Erwartung an die Zukunft etabliert wird.

Soziale Strukturen werden durch Wiederholung am Leben erhalten, dadurch dass immer wieder dasselbe gemacht wird und dass man den Erwartungen gerecht wird. Und in sozialen Erklärungen sind immer mehrere Personen an der Aufrechterhaltung einer gemeinsamen sozialen Realität beteiligt. Der Vorteil dieser Art von Erklärung ist, dass hier den Nicht-Patienten, z. B. Angehörigen, die Chance zur Veränderung eröffnet wird. Sie können ihr Verhalten ändern – was nicht garantiert, dass der Patient auch sein Verhalten verändert, aber immerhin ist die Chance damit verbunden, weil das Interaktionsmuster sich verändert (seine Chronifizierung wird unterbrochen).

Die Risiken der Diagnose »Krank«

Die Zuschreibung des Etiketts »krank« mag zwar strategisch gut sein, um Gelder von Krankenkassen zu bekommen und berechtigte Forderungen an die Solidargemeinschaft einklagen zu können, aber sie ist mit Risiken ver-

bunden, besonders, wenn man den Begriff »psychische Krankheit« analog zu »körperlicher Krankheit« verwendet.

Der erste Aspekt, der ein Risiko birgt, ist die Exkommunikation des Verhaltens des Patienten und damit des Patienten selbst. Dies ist der Effekt des Absprechens von Schuld und von Einflussmöglichkeiten. Das »Freisprechen« von Schuld, sei es der Angehörigen, sei es der Patienten, ist an sich natürlich etwas Sinnvolles. Leider werden damit aber auch meist die jeweiligen Einflussmöglichkeiten abgesprochen. Und das ist ein hoher Preis für solch eine moralische Entlastung.

Der zweite problematische Aspekt des Krankheitsmodells ist, was man die »Externalisierung von Ich-Funktionen« nennen könnte. Jemand anderes übernimmt das, was der betreffende, vermeintlich arme Kranke, nicht tun kann. Ihm wird ein Defizit zugeschrieben, ein Fehler, ein Mangel. Und wenn das so gesehen wird, dann liegt es nur nahe, dass andere, fürsorgliche Menschen das tun, was der Betreffende selbst nicht tun kann. In der Summe werden dann alle überlebensnotwendigen Funktionen erbracht, nur eben nicht so, wie man dies bei erwachsenen, als mündig und eigenverantwortlich bewerteten Menschen erwartet. Durch die dauerhafte Hilfe, chronifiziert ein Kommunikationssystem, eine Spielregel.

Am größten ist für Angehörige und Betreuer die Einladung, solch eine kompensatorische Funktion zu übernehmen; und zwar, je nach Plus- oder Minussymptomatik, einmal eine suppressive, vorbeugende, die befürchtete Plussymptomatik unterdrückende oder eingrenzende Funktion, oder bei der Minussymptomatik auch eine kompensatorische, die vermeintlich dauerhaften Defizite ausgleichende Funktion. In der klinischen Psychiatrie war für solch eine Symptomatik mal der Begriff der »Losigkeit« sehr beliebt. Alles fehlt sozusagen …, der Patient leidet unter Antriebslosigkeit, Initiativlosigkeit, Lust- und Freudlosigkeit usw.; und als Angehöriger neigt man dann natürlich dazu, die Einladung anzunehmen das, was da fehlt, zu ersetzen.

Zusammenfassung

Um das noch mal klar zu sagen: Wer behauptet, er wüsste, dass psychische Krankheit biologisch bedingt ist, der lügt. Und wer sagt, er wüsste, dass sie sozial bedingt ist, der lügt auch. Und beides bleibt unwahr, auch wenn es aus noblen Gründen behauptet wird, etwa um Sicherheit zu geben. Denn beides lässt sich nicht wirklich wissenschaftlich angemessen belegen.

Es ist ein hochkomplexes Gefüge aus Wechselbeziehungen, mit dem wir uns auseinander setzen müssen, und es gibt nicht die »richtige« Erklärung.

Pragmatisch heißt das: Wir sollten auch als Professionelle sehr genau schauen, welche Erklärungsmodelle welche praktischen Implikationen haben, und uns das Modell heraussuchen, das die meisten Optionen eröffnet.

Therapeutische Konsequenzen I

Vor einiger Zeit habe ich in einem Forschungsprojekt in Heidelberg mit Familien mit Manisch-Depressiven gearbeitet, die über einen sehr langen Zeitraum regelmäßig in die Kliniken gingen. Wir haben dort massiv das Krankheitskonzept infrage gestellt und allen Beteiligten Eigenverantwortung zugeschrieben, in dem wir zum Beispiel alle Beteiligten gefragt haben: »Gesetzt den Fall, Sie wollten, dass die nächste Manie kommt, wie könnten sie es schaffen?« In jedem einzelnen Fall konnte uns jeder der Beteiligten sagen, wie er oder sie die Manie wahrscheinlich machen könnte. Der Patient bezog sich dabei meist auf Schlafentzug, seine Ehefrau auf Kränkungen, die sie ihrem Mann zufügen könnte (oder Ähnliches). Dies sind natürlich nicht die Ursachen für die Entstehung einer Manie, aber jeder hatte eine genaue Vorstellung davon, wie er oder sie Einfluss auf das Geschehen nehmen kann. Und diese Vorstellungen waren aus der Erfahrung miteinander gewonnen.

Das Bild, das diesen kleinen Maßnahmen, mit deren Hilfe jeder Einfluss auf den Beginn des Symptomverhaltens gewinnen konnte, am besten charakterisierte, war das eines Waggons auf einem abschüssigen Gleis. Wenn man weiß, wie der Waggon angeschoben werden kann, dann kann man das Verhalten vermeiden, was ihn anschiebt. Doch auch wenn man weiß, wie man ihn anschieben kann, so heißt das nicht, dass man ihn auch wieder bremsen könnte, wenn er erst einmal richtig »in Fahrt« gekommen ist (»am Anfang geht es vielleicht noch …«). Aber, das ist der Unterschied dieser Metapher zu der Metapher der Krankheit: Man kann gezielt Einfluss nehmen, auch wenn niemand die wirklichen Ursachen weiß.

Solch ein Umgang mit Wirklichkeitskonstruktionen ist pragmatisch begründet. Man schaut als Therapeut, welche Erklärungen welche Folgen im Alltag haben, welche man für welche Zwecke nutzen kann und welche eher schädlich sind. Das heißt, dass man sich nicht auf eines dieser Erklärungsmodelle festlegen sollte, da jedes jeweils andere Konsequenzen hat. Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sollte diskutiert werden, welches das nützlichere Erklärungsmodell ist, welches ihnen mehr Optionen eröffnet und mit welchem sie bessere Erfahrungen gemacht haben.

Das heißt aber auch, dass man gelegentlich Krankheit und Nichtbeeinflussbarkeit zuschreiben sollte. Ein Beispiel aus der therapeutischen Erfah-

rung mit einem Paar, bei dem die Frau sagt: »Seit dreißig Jahren versuche ich, meinem Mann vom Alkohol wegzubringen.« Auf meine Frage »Wann haben sie angefangen damit?«, sagt sie: »Eine Stunde, nachdem wir uns kennen gelernt haben«.

»Stellen Sie sich vor, sein Trinken wäre biologisch bedingt, auf dem Y-Chromosom vererbt, man kann nichts machen. Würden Sie ihn verlassen?«

»Nein.«

»Was würden Sie tun?«

»Ich würde aufhören zu versuchen, ihn zu verändern.«

Häufig ist es sinnvoll, Krankheit als Konzept und biologische Ursache einzuführen, um bestimmte Muster zu unterbrechen, die zur Chronifizierung der Interaktion führen. Man sollte sich nicht ideologisch auf die eine oder andere Seite festlegen.

Darüber hinaus ist es m. E., ganz abgesehen von allen therapeutischen Modellen, wichtig, Überlebensräume für diejenigen zu schaffen, die nicht durch therapeutische Zumutungen bedrängt werden wollen. Nicht nur, weil es eventuell für die betreffenden Leute gut sein mag, sondern weil wir uns das als Gesellschaft schuldig sind. Eine Gesellschaft sollte Raum haben für Leute, die nicht mit Veränderungszumutungen behelligt werden wollen.

Es gibt kein ambivalenzfreies Leben, ob gesund oder krank, und auch diejenigen, die als krank etikettiert sind, treffen ihre Entscheidungen und müssen darüber Kosten-Nutzen-Rechnungen aufmachen. Daher sollte man in der Arbeit mit Betroffenen diese Entscheidungen gemeinsam reflektieren und dadurch gegebenenfalls neue Optionen eröffnen.

Therapeutische Konsequenzen II

Ich glaube darüber hinaus, dass es sinnvoll ist, sich an der Zukunft und an Lösungen zu orientieren, statt an der Vergangenheit und an Pathologie: »Woran würde man eine Lösung erkennen, und wie kann sie erreicht werden?«

Sobald man vergangenheitsorientiert auf irgendein Geschehen schaut, provoziert sofort die Frage nach der Schuld, und die Verteidigungskämpfe beginnen. Ressourcen- statt Defizitorientierung sollte im Vordergrund aller Veränderungsbemühungen stehen. Und ich empfehle die Neutralität gegenüber der Frage, ob Veränderung wirklich etwas Besseres ist (wäre ich nicht Psychiater geworden, wäre ich vielleicht chronischer Patient geworden, Versuchungen waren durchaus zu spüren ...).

Ich glaube außerdem, dass es pragmatisch sinnvoller ist, allen Beteiligten, Einfluss und hypothetisch »Schuld« im Sinne von Verantwortung zuzuschreiben, anstatt alle zu Opfern zu machen. Denn wenn alle sich als »Täter« sehen, dann kann jeder etwas ändern und er wartet nicht auf irgendeine von außen kommende, höhere Macht, das neue Medikament oder den allmächtigen Arzt, die alles ins Reine bringt.

Fragen zur Prävention

Was heißt das Ganze für die Frage der Prävention? Ich glaube, ehrlich gesagt, nicht an Prävention, aber das ist ein Glaubensbekenntnis und nicht evidenzbasiert. Vor allem in Zeiten der Gentechnologie wird mir bei Präventionsideen ein bisschen Angst.

Ist das Vulnerabilitätskonzept wirklich etwas Sinnvolles? Ich glaube, wenn man den Begriff Vulnerabilität durch Talent ersetzt, durch Kreativität, dann kommt man zu einer anderen Einstellung zur Frage der Prävention. Wenn Sie sich die Liste der Größen in unserem westlichen Kulturleben anschauen, dann werden Sie kaum einen Dichter, Schriftsteller, Maler oder Musiker finden, der nicht irgendwann in seinem Leben die Diagnose einer psychischen Krankheit angeheftet bekommen hat. Auch Künstler zeigen abweichendes Verhalten. Kunst an sich ist abweichendes Verhalten. Wenn man solche kreativen Talente im Rahmen eines Genscreenings schon vorher erkennen würde, würden wir sicherlich bald in einer Gesellschaft leben, in der das kreative Potenzial der Bürger vorbeugend auf ein Minimum reduziert ist und sich alle nur noch um Stellen beim Ordnungsamt bewerben.

Und was wäre – ein anderer Punkt, der meinen Zweifel weckt –, wenn Krisen wirklich unverzichtbarer Bestandteil von Entwicklungen sind? Ich stelle das als Frage. Ich habe meine Meinungen dazu, aber es sind wirklich Meinungen und keine endgültigen Antworten. Aber, das sollte deutlich sein, wie wir diese Fragen beantworten, hat weitreichende gesellschaftliche Folgen ...

Literatur

Simon FB (1995) Die andere Seite der Gesundheit. Ansätze einer systemischen Krankheits- und Therapietheorie. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg [2. Aufl. 2001].

Simon FB (1997) Die Kunst der Chronifizierung. In: Simon FB: Die Kunst, nicht zu lernen. Und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik ..., Carl-Auer-Verlag, Heidelberg, [2. Aufl. 1999, 3. Aufl. 2002], S. 67–83.

Chancen für die Selbsthilfe durch ein Präventionsgesetz

Margit Golfels

Durch das anstehende Präventionsgesetz soll die Prävention zu einer zumindest nominell gleichwertigen Säule im Gesundheitssystem der Bundesrepublik werden, das bislang vor allem kurativ orientiert ist. Die mit Einführung des § 20 SGB V begonnene Aufwertung des Präventionsgedankens konnte keine grundlegende Umorientierung schaffen: Präventive Programme werden häufig nur kurzfristig und auch kurzatmig aus öffentlichkeitswirksamen Anlässen durchgeführt; eine Orientierung an einheitlichen Zielvorgaben fehlt und es mangelt an Koordination der Aktivitäten und der verschiedenen Akteure.

Hier kann das Präventionsgesetz Abhilfe schaffen:

- Die (organisierte) Selbsthilfe, hier vor allem Verbände von chronisch Kranken und ihren Angehörigen, wird als wichtige Säule der Prävention verankert, womit man zumindest verbal ihrer tatsächlichen Rolle Rechnung trägt.
- Es werden gleichzeitig hohe Erwartungen an eine höhere Lebensfeld- und Patientenorientierung geweckt, die aber nur erfüllbar sind, wenn gleichzeitig die Selbsthilfe eine sichere finanzielle Absicherung erfährt – und zwar auf allen Ebenen.
- Bei der Finanzierung der Selbsthilfe ist bedeutsam, dass dabei kein Etikettenschwindel betrieben wird, d.h. aus dem Fördertopf für Selbsthilfe dürfen nur Maßnahmen finanziert werden, bei denen das Erfahrungswissen aus eigener Betroffenheit sichergestellt ist. Dabei können Betroffene durchaus halbprofessionelle Dienstleistungen erbringen, es dürfen aber nicht Maßnahmen, die Profis für Betroffene durchführen, als Selbsthilfe firmieren.
- Die Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe auf allen Ebenen muss im Präventionsgesetz für die verschiedenen Bereiche der Sozialversicherung einheitlich und mit gleichen Zielvorgaben geregelt werden.
- Auch für den Bereich der öffentlichen Hände muss die Selbsthilfeförderung verpflichtend geregelt werden.
- Die Basisförderung muss über Gemeinschaftsfonds aller fördernden Akteure geleistet werden; Spielräume für spezielle Projektförderungen sollten den Förderern belassen werden.
- Organisationen, die wie die Selbsthilfeverbände in der Psychiatrie, sich nicht ausreichend durch Mitgliedsbeiträge finanzieren können, brauchen eine ausreichende Basisfinanzierung.

Kurzum: die Selbsthilfe hat an das Präventionsgesetz die Erwartung und Hoffnung, dass damit verlässlichere finanzielle Rahmenbedienungen geschaffen werden, die ihrem realen Stellenwert für das Gesundheitssystem entsprechen. Werden diese Erwartungen eingelöst, wird es für die Selbsthilfe ein Leichtes sein, ihre Interessensneutralität auch weiterhin zu wahren und diese auch im Rahmen einer freiwilligen Selbstkontrolle zu dokumentieren.

Definition Prävention

Wenn wir von psychischen Erkrankungen sprechen, reden wir von einem Kontinuum, auf dessen einer Seite sich psychische Befindlichkeitsstörungen befinden und das auf der anderen Seite bis zu dauerhaften psychischen Behinderungen reicht.

Prävention in diesem Bereich besitzt dem entsprechend ebenfalls ein breites Spektrum. Bezogen auf die psychisch erkrankten Menschen selbst reicht dieses Spektrum von Maßnahmen, die auf die Verhinderung des Ausbruchs von psychischen Erkrankungen gerichtet sind, über Ansätze, die auf eine frühzeitige Diagnose und Einleitung von therapeutischen Maßnahmen abzielen und Ansätzen der Rückfallprophylaxe bis hin zu vielfältigen Formen der Unterstützung der sozialen Reintegration.

Bezogen auf das soziale Umfeld, in dem die meisten psychisch Kranken leben – die Familien in unterschiedlichster Konstellation – beinhaltet Prävention Maßnahmen, die gesundheitliche Belastungen von Angehörigen verhindern, bereits eingetretene Belastungen durch entlastende Maßnahmen mildern und bei eigener Erkrankung der (ehemals gesunden) Angehörigen zu deren gesundheitlicher Wiederherstellung, sozialen Reintegration und ggf. sogar notwendigen beruflichen Rehabilitation beitragen.

Auf all diesen Ebenen wird Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen wirksam, auf all diesen Ebenen ist Selbsthilfearbeit ein Beitrag zur Prävention.

Welchen Beitrag leistet Selbsthilfe zur Prävention?

Regionale Selbsthilfegruppen stärken Eigenveranwortung, fördern Selbstbestimmung und die bessere Bewältigung der Erkrankung. Sie verbessern die psychosoziale Befindlichkeit durch gegenseitige Hilfe und emotionale Entlastung. Durch Informations- und Beratungsleistungen von Gleichbetroffenen schaffen sie die Möglichkeit zur Teilhabe am medizinischen Entscheidungsprozess und zur aktiven Mitwirkung an der Therapie. Hierdurch leis-

ten sie einen aktiven Beitrag zur Verbesserung der Compliance und verringern den Risikofaktor sozialer Isolation, was für den Erfolg sekundär- und teritärpräventiver Maßnahmen von Bedeutung ist.

Selbsthilfeorganisationen auf Landes- und Bundesebene leisten aufgrund ihres Erfahrungswissens als Berater einen Beitrag dazu, dass auf der politischen Ebene Entscheidungen zuungunsten von psychisch kranken Menschen und ihren Familien verhindert werden.

Sind Fehlentscheidungen im Sinne der Betroffenen bereits getroffen worden, so legt die organisierte Selbsthilfe die Finger in die Wunden und organisiert Protest.

Mit bundesweiten Beratungsangeboten erbringen die Verbände Dienstleistungen, um Informationsdefizite auszugleichen und den Betroffenen durch den Dschungel des psychosozialen und medizinischen Hilfesystems zu helfen.

Schließlich führen Selbsthilfeorganisationen eigene Präventionsprojekte durch, die basierend auf Erfahrungswissen an konkreten Lebenssituationen von psychisch Kranken und ihren Familien anknüpfen, die Krankheit entstigmatisieren und die soziale und berufliche Integration psychisch Kranker fördern.

Wo sind die Grenzen der präventiven Verantwortung der Selbsthilfe?

Bundesweit engagieren sich laut NAKOS-Zahlen von 2003 über 3 Mio. Menschen in über 100000 Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfe stellt damit faktisch eine »vierte Säule« des gesundheitlichen Versorgungssystems dar.

Unter schlechten, weil weitgehend ungesicherten, Rahmenbedienungen stellt sie schon jetzt ein breites Dienstleistungsangebot für Patienten und deren Angehörige bereit, das viele Defizite des Versorgungssystems abmildert.

Die Grenzen der Selbsthilfe sind erreicht,

- wenn Eigenverantwortung dort gefordert wird, wo diese nicht möglich ist (Selbstbeteiligung an den Kosten bei psychischen Kranken);
- wenn in Eigenleistung Versorgungseinrichtungen kostengünstig organisiert werden sollen und die Gesellschaft sich aus der Verantwortung zieht (der Abbau von Krisendiensten ist hier ein beunruhigendes Beispiel);
- wenn Familien unzumutbar belastet werden, weil aus Kostengründen eine sinnvolle Therapie nicht erfolgen kann;
- wenn Familien dafür in die Verantwortung genommen werden, ob präventive Anstrengungen fruchten (Programme, die zu einseitig auf die Reduzierung von »expressed emotions« zur Rückfallprophylaxe setzen, können hier beispielhaft genannt werden).

Fazit: Selbsthilfe kann in vielen Bereichen individuell und gesellschaftlich relevante Präventionsleistungen erbringen. Dies birgt jedoch die Gefahr in sich, dass bei leeren Kassen die Selbsthilfe in immer stärkerem Maße als Flickschuster eines nicht mehr ausreichend leistungsfähigen Systems missbraucht wird.

Psychischen Erkrankungen entgegenwirken! Was kann man tun? Überlegungen und Erfahrungen einer ehemaligen Patientin

Ursula Zingler

Ich freue mich, die Möglichkeit zu haben, heute Ihnen meine Gedanken zur Prävention psychischer Erkrankungen vortragen zu können. Für die unter Ihnen, die mich noch nicht kennen, stelle ich mich kurz vor. Vor 23 Jahren musste ich mich in psychiatrische Behandlung begeben. Erst nach einem Jahr war ich so weit psychisch stabilisiert, dass ich meine Arbeit als Redakteurin in einem renommierten medizinischen Verlag wieder aufnehmen konnte. Auslöser – wohlgemerkt Auslöser, nicht Ursache – für meinen psychischen Zusammenbruch war nach meiner Erkenntnis Mobbing am Arbeitsplatz. Meine Unzufriedenheit mit ambulanter psychiatrischer Behandlung während des Jahres der Arbeitsunfähigkeit und mein Bedürfnis, andere vor einem ähnlichen Schicksal zu bewahren, bewogen mich drei Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung, in Sachen Psychiatrie ehrenamtlich tätig zu werden und mich bis heute vielseitig zu engagieren. In psychiatrische Behandlung musste ich mich bis zum heutigen Tag nicht mehr begeben – weder ambulant noch stationär. Auch habe ich nie Unterstützung durch einen Psychologen, Psychotherapeuten oder Ähnliche in Anspruch genommen. Glück gehabt! Doch davon später. Ich will als so genanntes nutzvolles Mitglied der Gesellschaft neben dem ehrenamtlichen Engagement bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres berufstätig sein, bin seit knapp 41 Jahren verheiratet, Mutter und Großmutter. Als Tochter eines Vaters, der wegen depressiver Symptome zweimal in stationärer Behandlung war, und Mutter einer Tochter, die viele Jahre nach meiner eigenen Erkrankung zwei psychotische Episoden durchlebte, liegt mir das Thema Prävention bei psychischen Erkrankungen ganz besonders am Herzen.

Aufklärung der Allgemeinbevölkerung

Prävention bedeutet laut Duden, Fremdwörterbuch: Vorbeugung, Verhütung. Als ich an der Satzung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (BPE) vor seiner Gründung in den Jahren 1991 und 1992 mitarbeitete, setzte ich mich dafür ein, dass unter § 2, »Zweck und Ziele«, »Möglichkeiten zur Vorbeugung psychischer Krisen zu entwickeln« aufgenommen wurde (Satzung des BPE e. V. 1992). Ich hatte dabei eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit im Sinn. Die Hintergründe von psychischen Erkrankungen sind für alle erfassbar darzulegen, und zwar anders als heutzutage allgemein üblich, etwa so:

- Psychische Erkrankungen, die Entwicklung von Symptomen, die erstmals in psychiatrische Behandlung führen, können jede/jeden treffen. Immer gehen einem psychischen Zusammenbruch traumatisch erlebte Ereignisse voraus, die aufgrund der erworbenen Persönlichkeitsstruktur nicht verarbeitet werden können bzw. die so gravierend sind, dass selbst der in sich ruhende Mensch daran zerbricht. Die die Überforderung auslösende Situation kann bis zu zwei Jahre zurückliegen. Alle werden wir in unserem Verhalten von Familie sowie Umwelt geprägt. Wenn der Mensch Glück hat, kommt er so ausgestattet ohne psychische Einbrüche gut durchs Leben. Wenn nicht, heißt es spätestens dann, die Umorientierung zu wagen und einen erfolgreicheren Weg zu suchen, um das Leben leben zu können. Nach dem Motto »Morgen ist der erste Tag von meinem restlichen Leben« ist es immer möglich, neu zu beginnen. Jedoch ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und den wichtigsten Bezugspersonen – nicht nur den Eltern – für den Neuanfang unumgänglich.
- Psychische Erkrankungen, egal welche Symptome sich zeigen, sind überwindbar. Sie können erneut auftreten, müssen dies aber nicht. Sie sind Ausdruck für ein aufgetretenes seelisches Ungleichgewicht. Das Leben ist sozusagen aus den Fugen geraten. Dem betroffenen Menschen muss vorrangig die Möglichkeit, zur Ruhe zu kommen, eingeräumt werden (Wittenberger Thesen 1995). Ein mitfühlender, aufmerksam zuhörender Mensch sollte ihm an die Seite gegeben werden. (Es wurde in diesem Zusammenhang schon vom neuen Berufsbild »Psychosebegleiter« gesprochen.) Dem lebensgeschichtlichen Hintergrund ist nachzugehen. Ich verstehe darunter, zu erkunden, warum der Auslöser einer Erkrankung zum Auslöser werden konnte und warum der erkrankte Mensch nicht fähig war, mit der Situation adäquat umzugehen. Der erkrankten Person ist Mut zu machen, neue Wege zu beschreiten. Denn immer ist – so meine Überzeugung – zur dauerhaften Stabilisierung eine Umorientierung, eine andere Einstellung zu den Mitmenschen und zum Leben, notwendig. Und ganz wichtig: Die Inhalte psychotischen Denkens zeigen meist den Weg, wo eine Veränderung ansetzen sollte. Sie sind nicht – wie es leider immer noch viel zu oft geschieht – als unsinniges Geschwafel abzutun, sondern in ihrer Symbolhaftigkeit aufzufangen.
- Psychische Erkrankungen sind nicht vererbbar, möglicherweise jedoch die Neigung mit derartigen Symptomen in Stresssituationen zu reagieren. Treten in manchen Familien verstärkt Volkskrankheiten wie Bluthochdruck, Diabetes oder Krebs auf, so entwickeln halt andere Familien-

verbände Symptome, die als eine psychische Erkrankung definiert werden.

Möglich wäre eine breit angelegte Aufklärung über Wurfzettel in die Briefkästen der Haushalte. Die Aktion einer prominenten Persönlichkeit vor vielen Jahren, mit solchen Schritten die Allgemeinbevölkerung für die Gefahren durch AIDS zu sensibilisieren, gefiel mir gut.

Vorbeugung durch Unterrichtung der Elterngeneration

Da das Verhalten der Menschen vorrangig in der Kinderzeit geprägt wird, wäre es vorbeugend ganz wichtig, die Elterngeneration auf ihre Verantwortung gegenüber den Kindern hinzuweisen. Da ja kaum eine Mutter, ein Vater ihrem/seinem Kind Schaden zufügen möchte, werden m.E. viele bereit sein, die folgenden Hinweise zu beherzigen bzw. Angebote, um sich sachkundig zu machen, anzunehmen. Es müsste das Folgende vermittelt werden:

- Es ist wichtig, dass Paare ihre Motive für eine Elternschaft erforschen. Einem Kind tut es z.B. nicht gut, wenn das Motiv für die Elternschaft ist, dass man endlich etwas haben möchte, was einem gehört. Ein Kind ist niemals Eigentum der Eltern, über das jene nach Belieben verfügen dürfen.
- Das werdende Kind kann bereits vor der Geburt psychischen Schaden erleiden. Rauchen während der Schwangerschaft z.B. kann zu Angstneurosen führen. Hat doch das Kind bereits im Mutterleib stets in Erwartung des nächsten Sauerstoffmangels leben müssen.
- Erziehung ist keine leichte Aufgabe und bis heute gibt es nur wenige Elternkurse, deren Ergebnisse wissenschaftlich belegt sind (Kucklick et al. 2002). Eltern haben ihre eigene Entwicklungsgeschichte, die die Erziehung der eigenen Kinder prägt. Sie geben ihre Werte weiter, die nicht unbedingt auch die Werte ihrer Kinder sein müssen. Und da das so ist, können alle Kinder – also nicht nur die Kinder von psychisch erkrankten Eltern – Schaden nehmen, ohne dass das Mutter und/oder Vater beabsichtigen. Viel Leid könnte vermieden werden, wenn Eltern ihre Kinder sich zu deren Wohl entwickeln lassen würden. Es kann jenen schaden, wenn die Elternansprüche an die Entwicklung der Kinder im Vordergrund stehen. So scheitern u.a. viele junge Leute während des Studiums oder bei Abschluss desselben, da sie sich, um die Eltern nicht zu enttäuschen, überfordern.

- Einer nicht kindgerechten Verhaltensweise ist schnellstmöglichst entgegenzuwirken, damit eine sich anbahnende Überforderung sofort unterbunden werden kann. Folgendes Beispiel: Da verbot ein kleines Mädchen seiner Großmutter, mit der Mama zu schimpfen. Es war deutlich zu spüren, dass das Kind darunter litt und es die Mama schützen wollte. Hier war die Großmutter gefordert. Sie erklärte dem Kind umgehend, dass Meinungsaustausch auch unter Erwachsenen üblich sei und manchmal etwas lauter geführt würde. Mit Streiten und Schimpfen hätte das oft nichts zu tun. Außerdem wies sie darauf hin, dass die Mama groß genug sei, um sich selbst zu wehren. Das müsse sie, die kleine Enkeltochter, nicht übernehmen. Auch auf die junge Mutter wirkte die Oma ein, denn jene fand die Fürsorge ihrer Tochter süß und wollte anfangs nicht begreifen, warum sie dagegen ansteuern sollte. Weder darf einem Kind die Verantwortung für einen Elternteil übertragen werden, noch darf geduldet werden, dass ein Kind sich für diesen verantwortlich fühlt.

Umgang mit psychisch gefährdeten Menschen

Auch bei einer rundum sachkundigen Elternschaft werden psychische Zusammenbrüche, psychische Erkrankungen nie zu vermeiden sein. Lebensereignisse, die zum Auslöser werden können, sind schicksalhaft bedingt und lassen sich nicht vermeiden. Jedoch darf davon ausgegangen werden, dass langfristig die so unterrichtete Allgemeinheit, schneller psychische Ausnahmesituationen erkennt und besser mit ihnen umgehen kann. Zumindest der Ersterkrankung geht eine längere Phase voraus, in welcher sich die gefährdete Person verändert. Wenn das Umfeld sensibel und sachkundig reagiert, kann möglicherweise eine Erkrankung verhindert werden. So habe ich als Betriebsratsmitglied so mancher Kollegin helfen können, die aufgrund der Arbeitssituation überfordert war und bereits Symptome wie Konzentrations- und Schlafstörungen entwickelt hatte. Das Selbstwertgefühl derselben war stets in Mitleidenschaft gezogen. Ich habe den Kolleginnen Mut gemacht, Wege der Bewältigung aufgezeigt und niemand der so von mir frühzeitig beratenen Personen musste sich in Behandlung begeben. Jede Einzelne habe ich in ihrer Eigenheit und dem Problem, das sie mit sich herumtrug, ernst genommen. Für mich war die eigene Erfahrung eine Lehre. Meine Kollegen sagten vor meinem Zusammenbruch »Ursel, wir haben Zeit« und »Es wird nichts so heiß gegessen wie es gekocht wird«. Das nutzte mir überhaupt nicht. Es zeigte mir lediglich, dass diese nicht erkannten, in welcher Gefahr ich war. Mir hätte es sicherlich geholfen, wenn sie mich nach meinen Ängsten (Ver-

lust des Arbeitsplatzes, des eigenen Einkommens) gefragt und diese sich angehört hätten. Auch ein freundschaftlicher Hinweis, mir beim Umgang mit den anstehenden Problemen helfen zu lassen, wäre im Vorfeld sinnvoll gewesen.

Was mir schadete/Was mir nutzte

Ich hatte viel Glück, dass ich trotz allem meinen Weg fand. Man ließ mir viel Zeit, ich wurde trotz Suizidgefährdung nicht eingewiesen, hatte Mitmenschen (meine Familie und Kollegen), die zu mir hielten, und mein Arbeitsplatz war aufgrund betriebsrätlicher Tätigkeit für ein Jahr sicher. Heute kann ich wohl mit Recht sagen, dass diese Krise, die mich fast verführt hätte, mir das Leben zu nehmen, für mich eine große Chance bedeutete. Sie veranlasste mich, über mich und mein Leben nachzudenken und mich umzuerziehen. Und ich bin dankbar, dass ich mit der Zeit viele Hinweise erhielt und fähig war, jene auch umzusetzen. Mit dem kleinen Auszug aus meiner eigenen, bereits niedergeschriebenen, aber noch nicht herausgegebenen Geschichte hoffe ich, Anregungen geben zu können, wie eine Chronifizierung vermieden werden kann.

Anfangs erging es mir nicht besser als einem Großteil derer, die ich in den vielen Jahren meiner ehrenamtlichen Tätigkeit kennen lernte. Wie sie bekam ich keine Hinweise darauf, dass ich die Hintergründe meiner Erkrankung ansehen müsse. Es machte mir niemand Mut, stattdessen wurde ich wie viele andere entmutigt:

- Mein Hausarzt sagte, als ich ihn um eine Überweisung zum besten Nervenarzt unserer Kreisstadt bat: »Wenn überhaupt einer helfen kann, dann Dr. X.« (Anfangsbuchstabe von der Autorin geändert).
- Dr. X. hörte sich meine Geschichte geduldig an, schrieb mich krank, verordnete Limbatril und Dalmadorm und sagte sinngemäß: »Ich verschreibe Ihnen dies und das, jenes und welches. Wenn alles nicht hilft, wird Ihnen sicherlich Lithium helfen. Einer Studentin, der ich es gerade verschrieb, hat es sehr geholfen.« Er meinte noch: »Kümmern Sie sich um Ihre Familie, und suchen Sie sich einen neuen Arbeitsplatz.«
- Diagnose: endogene Depression, ausgelöst durch eine exogene Depression.
- Da ich in der Einnahme der verordneten Psychopharmaka keinen Sinn sah, drohte er: »Wenn Sie nicht tun, was ich Ihnen sage, weise ich Sie in eine Klinik ein.«

Sein Stil, alles, was ich an Erkenntnissen vorbrachte, zuzudecken, kam meinen Bedürfnissen nicht entgegen. Die Sache war für ihn erledigt, jedoch nicht für mich. Sie bohrte. Ich brauchte Hilfe zur Aufarbeitung meiner Gedanken, Hilfe zur Lösung meiner Probleme. Ich betrachte es als Glücksfälle, dass

- ein Kollege gute Erfahrungen mit einer Universitätsnervenklinik gemacht hatte und mir diese empfahl,
- eine Kollegin mir anbot, sich einen Tag Urlaub zu nehmen, um mich zu einem Aufnahmegespräch dorthin zu fahren,
- bei der Aufnahme ein sympathischer Arzt mich mit den folgenden Worten empfing: »Das Beste ist, Sie bleiben erst einmal hier. Wir können Ihnen zwar Ihre Probleme nicht nehmen; wir können jedoch versuchen, Ihnen zu helfen, dass Sie damit umgehen können.«

Endlich nahm sich jemand Zeit, sich meine Sorgen und Nöte anzuhören. Damit gehöre ich zu einer Minderheit von in psychiatrischen Kliniken behandelten Menschen. Eine Umfrage im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. ergab, dass in 90 % der Fälle auf die speziellen Probleme, die zur stationären Behandlung führten, nicht eingegangen wurde (Sozialpsychiatrische Informationen 4/95). Alles nahm ich wahr – so z.B. Kneippen, Sauna, Bewegungstherapie. Dabei entwickelte ich ein neues Körpergefühl und erkannte während einer Bewegungstherapiestunde, dass ich wohl lieber den Ton angebe als mich unterzuordnen: keine günstige Konstellation für eine Angestellte, deren Vorgesetzter es sich zum Ziel gemacht hatte, ihr jedes Mitspracherecht zu nehmen. Folgende Sätze bei der Entlassung waren der Hinweis, woran ich zu arbeiten hatte: »Frau Zingler, Sie müssen ›Nein‹ sagen lernen.« » Machen Sie kleine und keine großen Schritte, und denken Sie daran, selbst wenn Sie etwas für sich tun, Sie verlieren die Liebe Ihrer Familie nicht.« Solche individuellen Hinweise sollte jede/jeder als Richtschnur auf den Weg bekommen, um eine Chronifizierung vermeiden zu können.

Aber noch mehr ist dazu notwendig. Ein aus klinischer Behandlung entlassener Mensch ist stabilisiert, aber nicht stabil. Er benötigt nun Hinweise, warum der Auslöser der Erkrankung zum Auslöser werden konnte. Mit »Grundformen der Angst« (Riemann 1981) kam ich weiter. »... depressive Menschen«, so steht dort, »können schwer ›nein‹ sagen, aus Verlustangst und aus Schuldgefühlen ... Ihnen bleibt nur die Depression oder der unbewusste Streik, wenn ihre Toleranzgrenze überschritten wird, ... solange sie versuchen, die Angst vor der Ich-Werdung dadurch zu vermeiden, dass sie immer mehr auf ihr Eigen-Sein verzichten, ist die Situation unlösbar. Was hier helfen kann, ist nur das Wagnis, ein eigenständiges Individuum zu werden« (dito S. 85).

Es steht weiter dort: »Wenn das Kind in den Augen seiner Mutter ungezogen war – was meist nur hieß, dass es nicht sofort gehorchte, oder etwas tat, was ihr nicht passte – legte sie sich auf das Sofa und ›starb‹ …« (dito S. 80). Meine Mutter »starb« zwar nicht, sie sagte damals: »Dann ist die Mutti ganz traurig.« Das genügte, um mich von meinem Tun abzuhalten. Und als ich dann eines Tages hörte »Es heißt, liebe deinen Nächsten wie dich selbst. Es heißt nicht, lieb ihn mehr«, war endgültig der Knoten geplatzt.

Mir fiel es wie Schuppen von den Augen, denn ich hatte diese selbstschädigende Verhaltensweise bis zu diesem Zeitpunkt nicht abgelegt. Danach setzte ich mich mithilfe dieses Buches mit den Persönlichkeitsstrukturen meiner Mutter, meines Mannes und meines Vorgesetzten auseinander und machte fortan deren Probleme mit sich selbst nicht mehr zu meinen eigenen. Manch professionell tätiger Mensch mag sich diesen mir hilfreichen Erklärungen nicht anschließen. Für mich ist das von mir Erarbeitete schlüssig und half mir, eine mir gemäße neue Lebenseinstellung zu finden. Sollte es nicht möglich sein, anderen auf ähnliche Weise einen Weg zur dauerhaften Stabilisierung zu weisen? Es ist in diesem Zusammenhang an der Zeit zu erforschen, wie so genannte Heilungsgeschichten funktionieren und solche auch zu veröffentlichen. Meine habe ich in den Jahren 1991 bis 1993 niedergeschrieben. Positive Rückmeldungen von Psychiatrie-Erfahrenen liegen mir vor, veröffentlicht ist das Manuskript wie bereits erwähnt noch nicht.

Was tun, wenn ein Mensch erneut psychische Einbrüche erleidet?

Wenn nun ein Mensch immer wieder in die Klinik eingewiesen wird bzw. aufgrund nicht aushaltbarer Symptome sich in Behandlung begibt, steht auch hier stets eine Überforderung mit der aktuellen Lebenslage im Fordergrund. Die Auslöser können nun gering sein. Da kaufte sich eine so genannte chronisch psychisch kranke Frau eine Waschmaschine und geriet in eine manische Phase – so sehr freute sie sich über den Erwerb. Als dann bei der Montage derselben die Kacheln von der Wand fielen, entwickelte sie depressive Symptome. Hier wäre es sinnvoll, sie an die Gegebenheiten des Lebens heranzuführen und sie aus ihrem Schlaraffenlanddenken zu holen. Hilfreich sind auch die Empfehlungen, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufzusuchen, an Psychoseseminaren teilzunehmen und sich Selbsthilfegruppen anzuschließen.

Viele in unserer Bewegung aktiv Tätige überfordern sich derart, dass erneut bzw. verstärkt eine psychopharmakologische Behandlung notwendig wird. Kennen sie ihre Grenzen nicht? Oder missachten sie dieselben bewusst?

Damit sie mit sich vorankommen und um weitere gesundheitliche Einbrüche zu vermeiden, ist auch hier nach dem lebensgeschichtlichen Hintergrund zu fragen. Warum überfordern sie sich? Ist es Selbstüberschätzung? Ist es das Verlangen, anerkannt zu werden/zu bleiben? Steckt ein Machtbedürfnis dahinter? Oder kann ein solcher Mensch – wie ich vor langer Zeit – einfach nicht »Nein« sagen? Nein in Situationen, mit denen er sich überfordert fühlt, aber den anfragenden Menschen nicht enttäuschen will? Erneute Krisen kündigen sich an. Da zeigen friedliebende Bürger plötzlich aggressive Züge. Wenn dieser Mensch sich nicht umgehend zurücknimmt, kann es zur Explosion kommen. Es kommt vor, dass die Angehörigen/die Freunde ihn schleunigst in die Psychiatrie bringen und er dort tagelang fixiert wird, da auch das Pflegepersonal sich mit einem solch aggressiven Ausbruch überfordert fühlt. So einem Menschen kann ich nur empfehlen, Aggressivität – die ja zum Menschen dazugehört – ins Leben zu integrieren, damit derartige Ausbrüche vermieden werden können. Auch das ist eine präventive Maßnahme.

Wer hindert eigentlich das Helferheer daran, diese Menschen zum Kern des Problems zu führen, nämlich zu ihren Problemen mit sich selbst? Die ewige Aussage, das ist halt die Krankheit, bringt weder den erkrankten Menschen weiter noch drosselt es die Ausgaben der Kostenträger. Hier ist Schonung am falschen Platz. Aus welchen Gründen auch immer: Wir, die wir in psychiatrische Behandlung mussten, haben – so meine und die Überzeugung anderer unseres Verbandes – nicht gelernt, unser Leben zu leben. Wir passten uns an bzw. ließen uns anpassen. Wem könnten wir das anlasten? Unseren Eltern? Jede/jeder hat ihr/sein Leben von den Eltern geschenkt bekommen. Was die/der Einzelne mit diesem Geschenk macht, liegt an ihr bzw. ihm. Es ist deshalb nicht richtig, die Verantwortung für das eigene Leben auf andere – Eltern, Partner oder Helfergruppe – zu übertragen. Es ist jedoch auch nicht richtig, dass die Helfergruppe den erkrankten Menschen die Verantwortung für deren Leben abnimmt.

Meinung kritischer Professioneller

Und siehe da, auch Professionelle sehen es in der Zwischenzeit so. Heiner Keupp referierte kürzlich in Stuttgart über Empowerment und Salutogenese und bekannte, was der Auslöser für sein Umdenken war. Ich zitiere aus seinem Referat:

»Für mich ist die Empowerment-Perspektive engstens mit einer traumatischen politischen Erfahrung verbunden. An einem Wochenende Ende 1984

hatte die Bundesarbeitsgemeinschaft der Grünen zu einer psychiatriepolitischen Tagung nach Berlin geladen ... Zu dieser Tagung waren auch Betroffenen-Initiativen geladen worden ... Diese Gruppe sah nicht die ›böse Gesellschaft‹ oder die ›böse Psychiatrie‹ als ihre Hauptgegner an, sondern Leute wie uns, die für sich einfach ungeprüft von der Unterstellung ausgingen, dass sie die legitimen Interessenvertreter der psychisch Kranken seien. Sie konfrontierten uns mit dem Vorwurf, dass sie die fürsorgliche Form der Entmündigung, die sie vor allem von sozialpsychiatrisch orientierten Professionellen erfahren würden, als besonders raffinierte Repression erleben würden. Warum würden wir sie, als die eigentlichen ExpertInnen, nicht fragen, was für sie gut und richtig ist. Sie forderten das Recht auf Selbstorganisation und sie forderten vor allem auch die sozialpolitischen Ressourcen dafür. Ihre Frage, warum wir die finanziellen Ressourcen für die Psychiatriereform immer nur dazu nutzen wollten, um unsere eigene Etablierung auszubauen, traf mich völlig unvorbereitet. Jedenfalls war ein wunder Punkt getroffen und er hat eine tiefe Krise in meinem Selbstverständnis ausgelöst. Sie hat auf jeden Fall einen Lernprozess angestoßen, der zumindest die Denkmöglichkeit eröffnet hat, dass wir Professionelle eigene Interessen haben, die nicht umstandslos mit denen der Betroffenen gleichzusetzen sind ... Mir ist klar geworden, dass wir Professionellen uns unsere therapeutischen, diagnostischen und versorgungstechnischen babylonischen Türme gebaut haben, die die unmittelbare Begegnung mit den oft befremdlichen inneren Erfahrungen und Lebenswünschen, die sich in psychischen Störungen äußern, verhindern.«

»Menschen sehen Gesundheit als ihr höchstes Gut an, aber gleichzeitig wird es immer noch fälschlicherweise als Produkt einer riesigen Gesundheits- oder Krankheitsindustrie betrachtet, des medizinisch-industriellen Komplexes. Es spricht sehr viel dafür, die eigentlichen Bedingungen für Gesundheit in spezifischen Lebensweisen zu sehen ... Ob kritische Lebensereignisse, akute oder chronische Belastungen (z.B. Tod der PartnerInnen, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung, aber auch die vielen kleinen Ärgernisse und Pannen im Alltag) zu gesundheitlichen Einschränkungen führen, hängt wesentlich davon ab, wie solche Belastungen erlebt und verarbeitet werden können.« (Keupp 24.03.2004)

Gleich mir plädiert er, die betroffenen Menschen zu befähigen, ihr Geschick in die eigenen Hände zu nehmen und fordert die Helfergruppe auf, diese dahinzuführen. Heiner Keupp setzt sich für Salutogenese statt Pathogenese ein und führte aus: »In der Ottawa-Charta heißt es: Gesundheitsförderung ›zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und

sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen‹.« (Keupp 24.03.2004) Er stellte uns das »salutogenetische Modell« des israelischen Gesundheitsforschers Aaron Antonovsky vor. Dieses stellt die Ressourcen in den Mittelpunkt der Analyse, die ein Subjekt mobilisieren kann, um mit belastenden, widrigen und widersprüchlichen Alltagserfahrungen produktiv umgehen zu können und nicht krank zu werden.

Das Umdenken begann bei ihm Ende 1984, vor fast 20 Jahren. Ellis Huber, der für ein anderes Arzt-Patienten-Verhältnis plädiert, schrieb sein Buch »Liebe statt Valium« vor elf Jahren (Huber 1993). Er bemängelt, dass Ärzte fahrlässig verordnen (dito S. 59). Ich zitiere: »Hier wird Not am Leben gedämpft, statt kränkendes Leben zu bessern. Hier wird Valium verordnet, wo Liebe, zuwendungs- und gesprächsorientierte Medizin angebacht wäre.« (dito S. 60) Woran das Gesundheitssystem krankt, hat Ellis Huber in seinem Buch vor elf Jahren (!) folgendermaßen auf den Punkt gebracht: Das Gesundheitswesen krankt daran, dass die meisten Patienten vom Arzt zu viel erwarten (nämlich Heilung) und die Ärzte im Allgemeinen zu viel versprechen (nämlich die Heilung). Gleich ihm bin ich der Überzeugung, dass eine wirkliche Reform des Gesundheitssystems in den Köpfen der Ärzte und Patienten ansetzen muss.

Abschlussbemerkungen

Woran liegt es, dass sich bis heute so wenig getan hat? Woran liegt es, dass die 1995 gemeinsam von DGSP, Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker formulierten Wittenberger Thesen bis heute nicht umgesetzt sind?

Und woran liegt es, dass selbst auf Tagungen wie dieser im Einladungsprogramm bei der abschließenden Podiumsdiskussion zwar zahlreiche Verbände und Experten, aber ausgerechnet die Psychiatrie-Erfahrenen nicht berücksichtigt sind?

Ich kann nachvollziehen und finde es als durchaus legitim, dass ein Zweck so manchen Verbandes »die Sicherung des wirtschaftlichen Überlebens« ist (Berufsverband Deutscher Psychiater). Hier ist jedoch nicht nur nach Ansicht der Psychiatrie-Erfahrenen die Politik gefordert. Ellis Huber empfiehlt in seinem Buch »Liebe statt Valium – Plädoyer für ein anderes Gesundheitswesen«: »Ein entsprechendes Honorierungssystem sollte fördern, dass Ärzte ihre Patienten in die Selbstständigkeit und Selbstheilung ›abgeben‹, statt sie an sich zu binden und ihre Betreuung und Beratung an Krankenscheine zu

binden.« (dito S. 217) Diese Forderung kann ich voll unterstützen und habe sie an maßgeblicher Stelle auch schon vorgetragen.

So bitte ich Sie alle zum Schluss: Lassen Sie uns gemeinsam in diesem Sinne auf die Politiker einwirken. Das ist nicht nur zum Wohle der/des Einzelnen, sondern auch der Gesellschaft, denn langfristig werden viel mehr Menschen als heute vor psychischer Erkrankung oder Chronifizierung derselben bewahrt werden können. Und das wäre Prävention im wahrsten Sinne des Wortes.

Literatur

Heinecke P, Peeck G, von Seckendorff Ch (1995) Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität in der psychiatrischen Versorgung. Sozialpsychiatrische Informationen, 04: 30–34.

Huber E (1993) Liebe statt Valium. Plädoyer für ein anderes Gesundheitswesen. Argon Verlag GmbH, Berlin.

Keupp H (2004) Empowerment und Salutogenese: Was macht den Menschen gesund? Vortrag beim Einweihungsfest der Offenen Herberge e. V. in Esslingen am 24. März 2004.

Kucklick Ch et al. (2002) Erziehungsforschung. Die hohe Kunst des Helfens. GEO, 04: 127–154.

Riemann F (1981) Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Wittenberger Thesen (1995) Vorschläge zum ersten Kontakt mit der Psychiatrie, verabschiedet auf der ersten gemeinsamen Tagung von DGSP, Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen, Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener und Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker vom 25.–28.05.1995 in Wittenberg. Psychosoziale Umschau, 3: 23–24.

Zingler U Verantwortung für mich liegt bei mir! Eine ehemalige Psychiatriepatientin schildert ihren Weg aus dem »eigenen Gefängnis«. In: Faltin F-J, Scharfenberg St (Hg.): Abschied von der Psychiatrie. Es besteht die Absicht, das Buch bei Books on Demand herauszugeben.

Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Beate Lisofsky

Leid und Not zu lindern, Familien zu schützen und behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen – diese Normen sind in unserer Verfassung, den Gesetzen und im Bewusstsein der Gesellschaft verankert. Sie gelten auch für psychisch kranke Menschen. Ihre Zahl ist nicht klein: In Deutschland leben rund eine halbe Million chronisch psychisch Kranke, die Mehrzahl davon in ihren Familien. Diese sind mit ihren Problemen und Belastungen oft allein gelassen und überfordert. Schon vor Jahren haben sich vor diesem Hintergrund in allen Bundesländern Selbsthilfegruppen und Landesverbände gebildet, um sich gegenseitig zu stützen und die Interessen der Familien besser zu vertreten. 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. gegründet.

Wer wir sind

Familien mit psychisch Kranken organisieren sich auf drei Ebenen:

- Auf lokaler und regionaler Ebene durch Selbsthilfegruppen. Sie bieten unmittelbar und vor Ort Hilfe und Entlastung durch Gespräch, Aufklärung und Information.
- Auf Landesebene durch die Landesverbände, die als Ansprechpartner für Angehörige fungieren, Aufklärungsarbeit leisten, Veranstaltungen organisieren und wichtige Aufgaben auf landespolitischer Ebene erfüllen,
- Auf Bundesebene durch den Bundesverband, der die Interessen der Familien auf nationaler Ebene und Informationsaufgaben gegenüber den Landesverbänden wahrnimmt.

Mitglieder des Bundesverbands sind die einzelnen Landesverbände. Oberstes Gremium ist die Mitgliederversammlung, die einmal jährlich tagt. Sie trifft alle wichtigen inhaltlichen, personellen und finanziellen Entscheidungen. Der Vorstand besteht aus sieben Mitgliedern, die – wie auch die Vorstände der Landesverbände – ehrenamtlich tätig sind. Die Bundesgeschäftsstelle hat ihren Sitz in Bonn, in Berlin unterhält der Verband ein Pressebüro. Der Bundesverband finanziert sich aus den Beiträgen seiner Mitglieder, Zuwendungen der öffentlichen Hand, Förderbeiträgen und Spenden. Die Mittel werden nach den Prinzipien der Gemeinnützigkeit, der Verantwortbarkeit, der Kostenminimierung und der Transparenz eingesetzt; ihre Verwendung wird in einem jährlichen Geschäftsbericht dokumentiert.

Was wir wollen

Wir berufen uns auf Artikel 3 des Grundgesetzes. Dort heißt es: Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden. Dieser Grundsatz muss auch für psychisch kranke Menschen verwirklicht werden. Noch immer haben diese Menschen und ihre Familien unter Ausgrenzung und Stigmatisierung zu leiden. Der selbstverständliche, tolerante Umgang mit ihnen wird durch mangelndes Wissen insbesondere über Schizophrenie und Depressionen, durch Klischees und Vorurteile verhindert. Gegen diese Stigmatisierung und Diskriminierung kämpfen wir auf allen gesellschaftlichen und politischen Ebenen.

Wir wollen aufgeklärte, solidarische und selbstbewusste Familien, die ihre Rechte kennen und die Hilfen einfordern, die sie zur Bewältigung ihrer schwierigen Lage brauchen. Unser Familienbegriff umfasst alle Mitglieder einer Familie – kranke wie gesunde. Das verstehen wir unter dem Begriff »Familienselbsthilfe Psychiatrie«. Von psychischen Erkrankungen ist die ganze Familie betroffen. Daraus leiten wir für uns die Legitimation ab, auch die Interessen der erkrankten Familienmitglieder in der öffentlichen Diskussion vertreten zu wollen.

Psychisches Leiden und seelische Behinderung sind Teil der menschlichen Existenz, sie können nicht ignoriert oder negiert werden. Wir betrachten schwere psychische Störungen als Krankheit und treten dafür ein, dass sie als solche behandelt werden. Genau wie somatische Erkrankungen können sie in den meisten Fällen erfolgreich therapiert werden. Psychisch Kranke dürfen nicht schlechter gestellt und nicht weniger ernst genommen werden als somatisch Kranke. Sie haben Anspruch auf Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, auf den Einsatz wirkungsvoller Medikamente mit möglichst geringen Nebenwirkungen und auf bestmögliche Rehabilitation.

Wir treten für das gleichberechtigte Gespräch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten der psychiatrischen Versorgung ein. Darüber hinaus befürwortet der Verband den Dialog und die Zusammenarbeit mit Institutionen, die einen gesellschaftlichen Auftrag zur Unterstützung der Selbsthilfe haben, wie etwa Krankenkassen oder Exekutivorgane des Bundes.

Wir setzen uns gegenüber Behörden, Kostenträgern und politisch Verantwortlichen im Einzelnen für folgende Ziele ein:

- Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen,
- gesellschaftliche und rechtliche Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken,

- eine medizinische Versorgung psychisch Kranker, die sich am Stand der Forschung orientiert und die sowohl psychisch Kranke wie auch Angehörige ernst nimmt,
- ein niedrigschwelliges, gemeindenahes und vernetztes Versorgungsangebot, das sich an den Bedürfnissen der Schwerkranken orientiert. Dieses Angebot soll von den primären Kostenträgern und nicht von den Trägern der Sozialhilfe finanziert werden;
- die Anpassung der Gesetzgebung an die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker,
- eine berufliche und soziale Sicherung, die psychisch Kranken und ihren Familien nicht nur einen ausreichenden Lebensstandard sichert, sondern ihnen auch die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglicht.

Was wir tun

Erfahrungen von Angehörigen können für andere in ähnlicher Lage sehr nützlich sein. Ein wesentlicher Teil der Verbandsarbeit besteht darin, diesen Erfahrungsaustausch zu fördern. Er umfasst gegenseitige Unterstützung im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe, Aufklärung und Beratung.

Auf örtlicher Ebene geschieht das in den Selbsthilfegruppen. Bei der Bildung und Begleitung dieser Gruppen können die Landesverbände hilfreich sein. Diese informieren in eigenen Veranstaltungen zu fachlichen und landesspezifischen Themen. Auch der Bundesverband organisiert Informationsveranstaltungen zu therapeutischen, sozialrechtlichen und anderen Fragen. Auf diese Weise entsteht ein Netzwerk, das Familien aus der Isolation holt und ihnen auch in Krisen Halt gibt.

Wenn Erkrankte ihre Interessen nicht ausreichend vertreten können, müssen das die Angehörigen an ihrer Stelle tun. Der Bundesverband und die Landesverbände unterstützen sie dabei durch eigene Veröffentlichungen, kostenlose Beratung, Vermittlung von Partnern oder Kontakten, Adressen und Literaturhinweisen.

Eine Informationsquelle mit interner und externer Wirkung ist die Zeitschrift »Psychosoziale Umschau«, deren Mitherausgeber der Bundesverband ist. Die Internet-Präsenz ist über das Psychiatrienetz www.psychiatrie.de gesichert.

Die Arbeit von Landesverbänden und Bundesverband zielt auch darauf, das gesellschaftliche Umfeld zugunsten psychisch kranker Menschen und ihrer Familien zu verbessern. Dazu gehört unter anderem die Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Erkrankungen, um falsche Vorstellungen und Stigmatisierung abzubauen.

Aufgabe des Bundesverbands ist es weiterhin, die politischen Forderungen der Landesverbände auf Bundesebene zu vertreten und die Landesverbände mit Informationen aus seinem Arbeitsbereich zu versorgen. Dabei kooperiert der Verband mit allen Personen und Institutionen, die seine Ziele in ihrer Gesamtheit oder in bestimmten Bereichen unterstützen.

Wir tragen die Erfahrung und das Wissen der Angehörigen an Entscheidungsträger und Multiplikatoren heran, weisen auf Defizite, Mängel und Ungerechtigkeiten hin und treten für deren Beseitigung ein. Als Ansprechpartner stehen wir immer dann zur Verfügung, wenn es um Fragen psychischer Krankheit und deren Auswirkungen auf die Familien geht.

Repräsentanten des Bundesverbands arbeiten in internationalen Angehörigenverbänden wie EUFAMI (European Union of Families Organizations) und WFSAD (World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders) mit.

Muss alles erst noch schlimmer werden – Prävention aus Sicht der Angehörigen

Jutta Seifert

Als ich gefragt wurde, ob ich einen Beitrag zu dieser Tagung aus Sicht von Angehörigen und Familien leisten wolle, habe ich gern zugesagt. Als ich dann auch gleich sagen sollte, wie mein Beitrag heißen solle, wählte ich spontan eine Frage, die wir in unserer Angehörigengruppe immer wieder hören: »Muss alles erst noch schlimmer werden …?« Dieser Satz fällt meist dann, wenn es um den Ausbruch oder den Wiederausbruch einer psychischen Erkrankung geht und die Familie ohne Hilfe dasteht. Auf diese Situation gehe ich im zweiten Teil meines Beitrags ein. Zunächst werfe ich einen Blick auf die Selbsthilfe, die nach meiner Überzeugung integraler Bestandteil eines geplanten Präventionsgesetzes sein muss.

Ich nehme seit zehn Jahren regelmäßig an einer Angehörigengruppe teil, bin Vorsitzende eines Angehörigenvereins in meiner Heimatstadt, Mitglied im Landesvorstand Hessen und stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbands der Angehörigen. Diese aus der Selbsthilfebewegung hervorgegangenen Zusammenschlüsse treten heute unter der Bezeichnung Familien-Selbsthilfe Psychiatrie auf.

Diese Bewegung hat zwei Ziele: Erstens helfen sich Angehörige und Familien untereinander, mit ihren Problemen besser zurechtzukommen, und zweitens wollen sie sich nach außen eine Stimme geben, um die Lage der psychisch Kranken und ihrer Familie zu verbessern. Die eine Seite unserer Aktivitäten richtet sich also nach innen, die andere nach außen. In jedem Fall haben diese Aktivitäten einen präventiven Charakter.

Psychisch Kranke gleichstellen!

Es erscheint mir wichtig, dass sich Angehörige und Familien mit psychisch Kranken organisieren und dass dies in einer demokratisch legitimierten Struktur geschieht. Sie müssen sich auf allen Ebenen unseres Staates einmischen, auf denen für sie wichtige Entscheidungen fallen: In Kreisen und Gemeinden, in den Ländern und auf Bundesebene. Dies ist keine leichte Aufgabe, denn es sind fast ausschließlich Ehrenamtliche, die diese Arbeit leisten, und das zusätzlich zu ihren familiären Verpflichtungen. Die persönlichen Ressourcen des Einzelnen und die personellen Ressourcen der Verbände stoßen da schnell an ihre Grenzen.

Trotzdem engagieren wir uns, denn wir möchten erreichen, dass psychisch Kranke im Gesundheits- und Sozialsystem den körperlich Kranken

gleichgestellt werden – was nicht heißt, dass sie dieselben Hilfen brauchen. Darüber gibt es leider viel Unkenntnis und Missverständnisse, aus denen Fehlentscheidungen gerade auch der Politik resultieren. Das macht den Familien das Leben schwer und führt zu allem Überfluss auch noch zu Geldverschwendung, weil knappe Mittel an den falschen Stellen eingesetzt werden. Die Familien-Selbsthilfe Psychiatrie möchte helfen, dies zu verhindern. Auch das ist eine Form der Prävention.

Ich möchte hier die Aktivitäten der Familien-Selbsthilfe Psychiatrie nicht im Detail vorstellen, sondern nochmals auf das wesentliche Anliegen der Prävention hinweisen: Wir wissen, wie viel Leid mit psychischen Erkrankungen verbunden ist, und wir arbeiten dafür, dass weniger Leid entsteht und Leiden verkürzt wird, soweit das irgend möglich ist.

Prävention und Familie

Das bisher Gesagte bezog sich auf die nach außen gerichtete Seite unserer Arbeit. Mindestens ebenso wichtig – auch wenn es sich mehr im Verborgenen abspielt – ist das, was wir nach innen leisten. Durch Beistand untereinander wollen wir in der Familien-Selbsthilfe eine schwierige Lebenssituation bewältigen. Angehörige kümmern sich um das erkrankte Familienmitglied, aber auch um die anderen Mitglieder der Familie. Jeder soll zu seinem Recht kommen. Es ist eine Gefahr für den Bestand der Familie, wenn dies nicht geschieht. Niemandem, zuallerletzt den Erkrankten selbst, ist damit gedient, wenn der soziale Zusammenhalt durch die Belastungen im Zusammenleben mit psychisch Kranken gesprengt wird, was leider noch häufig der Fall ist. Hier anzusetzen, ist ebenfalls Aufgabe der Prävention.

Ein wichtiger Punkt für Angehörige ist eine gute Selbstsorge. Sie müssen verhindern, dass sie selbst aus Überlastung krank werden – seelisch, körperlich oder beides. Auch dies ist eine Facette der Prävention. In der »Gießener Angehörigenstudie« (GISA) von Dr. Michael Franz vom Zentrum für Psychiatrie der Universität Gießen wurde die außerordentlich hohe Stressbelastung und damit zusammenhängend die Krankheitsgefährdung der Angehörigen festgestellt. Für die Angehörigen von akut oder chronisch psychisch Kranken hat der Kontakt und der Austausch mit anderen Angehörigen einen entlastenden Effekt, der ihrer Gesundheit förderlich ist – und nebenbei gesagt natürlich auch dem Familienklima, was wiederum positive Rückwirkungen auf die Erkrankten hat. Auch das ist Prävention, auf eine vielleicht unspektakuläre, aber wirksame Art und Weise.

Schrumpfende Mittel

Man kann also feststellen, dass Selbsthilfe sowohl in ihren externen als auch ihren internen Wirkungen präventiv wirkt. Sie dient der Linderung von Leiden und – bewusst habe ich diesen Aspekt bisher nicht erwähnt – auch der Minderung von Kosten. Selbsthilfe ist eines der preisgünstigsten Instrumente der Prävention; sie sollte daher nachhaltig gefördert werden. Die Betonung liegt auf: *nachhaltig*. Mit kurzfristigem Aktionismus ist uns nicht geholfen – wir brauchen strukturelle und nachhaltige Unterstützung. Doch stattdessen fährt das Land Hessen seinen bescheidenen Zuschuss für den Landesverband der Angehörigen auf null herunter, und der Bundesverband der Angehörigen muss jedes Jahr aufs Neue um seine Finanzierung kämpfen, was einen erheblichen Teil der Ressourcen bindet, die wir lieber auf die Arbeit mit den und für die Familien verwenden würden. Polemisch ausgedrückt: Es ist unredlich, vom Wert der Prävention, der Selbsthilfe, des Ehrenamts usw. zu reden und gleichzeitig dazu beitragen, dass die Selbsthilfenetze brüchig werden. Die Selbsthilfe braucht nicht viel Geld, doch ganz ohne Geld und verlässliche Unterstützung geht es auch nicht – vor allem auf überregionaler und bundesweiter Ebene. Ohne diese Unterstützung droht die Erosion der Selbsthilfe und damit einer wichtigen Säule auch für die Prävention. Konkret: Es drohen mehr Stress, mehr Krisen, mehr und schwerere Erkrankungen.

Enttäuschte Hoffnung

Wir appellieren an die Politik, den Besonderheiten psychischer Erkrankungen besser Rechnung zu tragen und dafür zu sorgen, dass gute Reformschritte auch bei den Betroffenen ankommen. Bei der Soziotherapie ist das bis heute nicht geschehen. Dies hat bei uns zu Unverständnis und Verbitterung geführt. So darf die Politik nicht mit uns umgehen!

Ein anderer Punkt: Die Zuzahlungsregelungen für chronisch kranke Menschen. Vorgesehen war ursprünglich eine Regelung, die einen großen Teil der psychisch Kranken als nicht chronisch krank eingestuft hätte. Diese Regelung wurde Anfang des Jahres zum Glück entschärft, sodass die meisten chronisch psychisch Kranken nun lediglich ein Prozent Zuzahlung leisten müssen. Gewiss eine Verbesserung gegenüber dem ursprünglichen Plan. Es muss aber deutlich gesagt werden, dass auch diese Regelung kontraproduktiv ist. Psychisch Kranke nehmen ärztliche und andere Hilfen eher zu selten und zu spät als zu oft und zu früh in Anspruch, das ist nachgewiesen, und gerade das treibt die Angehörigen oft zur Verzweiflung.

Man kann es nicht oft genug wiederholen: Jede zusätzliche Hürde für die Inanspruchnahme von Hilfen ist geeignet, die Krankheitslast zu erhöhen, die Situation zu verschlimmern, das Leiden zu verlängern – und die Kosten zu steigern, wenn man die Situation ganzheitlich sieht. Es wäre ein Beitrag zur Prävention, wenn die Zuzahlungen für psychisch Kranke gänzlich entfallen würden.

Ein Fundus an Erfahrung

Wenden wir uns nun von der hohen Politik ab und dem Alltag der Angehörigen zu. Gerade bei Fachtagungen erscheint es angebracht, immer mal wieder die Metaebene zu verlassen und in die Realität der Familien mit psychisch Kranken einzutauchen. Im Wesentlichen stütze ich mich dabei auf die Erfahrungen in unserer Angehörigengruppe, die in diesem Sommer zehn Jahre besteht. Es handelt sich um eine offene Gruppe, die sich einmal im Monat trifft. Zu Beginn jeder Gruppensitzung sind professionelle Helfer, darunter eine Ärztin, anwesend und stehen für Fragen zur Verfügung. Die Themen und Diskussionen in der Gruppe werden in einem monatlichen Rundbrief festgehalten, der in ununterbrochener Reihe bisher fast 100 Mal erschienen ist. Aus Anlass unseres zehnjährigen Bestehens haben wir uns entschlossen, diesen Fundus auszuwerten und in Buchform zu bringen. Es trägt den Titel »Das Angehörigenbuch«. In diesem Buch und in den Gruppentreffen taucht immer wieder die Frage auf: »Muss alles erst noch schlimmer werden?« Es ist die Frage, ob man nicht Krisen, Rückfällen, persönlicher Isolation und sozialer Ausgrenzung der Kranken durch rechtzeitiges Handeln zuvorkommen kann.

Die Frage nach der Prävention stellt sich in der Angehörigengruppe immer dann, wenn die Familie hilflos zusehen muss, wie eines ihrer Mitglieder in eine schwere Krise abdriftet und nichts und niemand diesen Zug aufhalten kann oder will. Nicht selten bemerken die Angehörigen früher als andere, was sich anbahnt, aber niemand nimmt ihre Hinweise ernst. Hier könnte und müsste Prävention einsetzen. Stattdessen hören die Angehörigen dann den Satz: »Das Leben ist eben lebensgefährlich«, oder: »Risiken und Stress gehören zum Leben eben dazu«. Natürlich ist das richtig, aber ich finde es zynisch, Angehörige in Not mit einer solchen Weisheit abzuspeisen. Es verniedlicht das Leiden und ist darüber hinaus auch unehrlich, denn es ist offenkundig, dass sehr viele Krisen und Rückschläge durch unzureichend organisierte Hilfen und suboptimale Behandlung entstehen oder verschlimmert werden. Rückfälle und Krisen gehören dazu – das ist richtig. Angehö-

rige und Erkrankte könnten jedoch besser mit diesem Risiko umgehen, wenn es durch gut gestaltete Prävention gemindert würde, und wenn im Notfall schnell und ausreichend Hilfe geleistet würde.

Bisher ist unsere Wahrnehmung meist eine andere. Rückfälle und schwere Krisen gefährden oder zerstören all das, was zuvor aufgebaut oder auch wiederaufgebaut wurde: die Fähigkeit, selbstständig zu leben, vielleicht im Beruf oder einer Ausbildung Fuß zu fassen, Partner, Familie und Freunde zu haben – eben ein möglichst normales Leben zu führen. Diese Rückkehr in die Normalität ist oft verzweifelt schwer, und jeder Rückfall macht sie schwerer. Es wäre unverantwortlich, auf Prävention zu verzichten, erst recht vor dem Hintergrund, dass es sich bei vielen Erkrankten um noch junge Menschen handelt.

Fazit

Prävention kann und muss auf mehreren Ebenen stattfinden. Ohne die Selbsthilfe jedoch ist Prävention nicht vorstellbar. Man darf indessen nicht glauben, Selbsthilfe sei eine naturwüchsige Ressource, die ohne großes Zutun zur Verfügung stehe. Das ist ein Irrtum, wie ich am Anfang dargelegt habe. Was wir brauchen, ist Nachhaltigkeit. Mich wundert immer wieder, dass dieser Begriff auf dem Gebiet des Umweltschutzes in aller Munde ist, auf anderen Gebieten, gerade auch im Gesundheitswesen, aber kaum Eingang findet. Aktionen sind gut, um für einen Moment öffentliche Aufmerksamkeit zu erregen; doch wenn dahinter kein nachhaltiges Engagement für das angestrebte Ziel steht, wird man ihm nicht wirklich näher kommen. Das gilt auch und vielleicht besonders für Prävention auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen. Wir von der Familien-Selbsthilfe wünschen uns daher mehr Nachhaltigkeit in der Förderung und Unterstützung der Selbsthilfe, um das präventive Potenzial wirklich ausschöpfen zu können, das in dieser Bewegung steckt.

Literatur

Seifert J (2004) Das Angehörigenbuch – Psychische Krankheit im Spiegel einer Angehörigengruppe, Verlag der Ferberschen Universitätsbuchhandlung, Gießen.

Franz M, Meyer T, Gallhofer B (2003) Belastung von Angehörigen schizophren und depressiv Erkrankter – eine repräsentative Erhebung. In: Fegert JM, Ziegenhain U (Hg.): Vernetzung institutioneller Hilfen für Einelternfamilien, Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Prävention als Selbsthilfeleistung: Die Emotions Anonymous (EA)

Joachim

Ich bin Joachim und ein Freund der Emotions Anonymous. Die Gemeinschaft der EA, auf die ich später noch im Detail zurückkomme, kennt die vielfältigen Ausprägungen psychischer Krankheiten und ist oft Zeuge von erstaunlichen Heilungsverläufen bei EA-Freunden.

Auch als Intergruppensprecher und damit Vorstandsmitglied der Emotions Anonymous will ich gemäß unseren Grundsätzen nicht über EA als Ganzes reden. Ich beschränke mich auf die Schilderung meiner persönlichen Erfahrungen und berichte über die EA nur in dem Rahmen, wie dies auf unseren öffentlichen Informationsveranstaltungen geschieht.

Mein Weg zu den Emotions Anonymous

Mit Beginn der Achtzigerjahre des letzten Jahrhunderts geriet ich in zunehmende Depression. Neben ständigen Problemen am Arbeitsplatz hatte ich viel Stress mit meiner Frau und den Kindern. Dies wirkte sich dann auch in körperlichen Beschwerden aus, und ich musste mir eingestehen, dass mein Leben »nicht mehr zu meistern war«. Neben den reichlich verabreichten Medikamenten machte ich eine Psychotherapie und war erstmals in Kur. Aber alles half nur vorübergehend. Auch meine riesige Ansammlung von Büchern mit Ratschlägen für ein besseres Leben bereicherte zwar die Autoren, half mir jedoch nicht weiter.

Da las ich in der Frankfurter Rundschau einen Bericht über die Selbsthilfegruppe für emotionale Gesundheit, den Emotions Anonymous. In meiner damaligen Verzweiflung war mir jedes Mittel recht, und ich suchte ein Meeting auf und hatte dabei sehr viel Glück: Zu meiner Überraschung fühlte ich mich dort von den mir fremden Menschen sofort angenommen, weil dort der Umgang miteinander nach Regeln erfolgte, die mir sehr gut taten. Ich schöpfte neue Hoffnung für mein Leben, konnte nach und nach meine Medikamente reduzieren und war endlich wieder etwas mehr belastbar. Die Häufigkeit meiner Meetingsbesuche ergab sich aus der jeweiligen psychischen Verfassung – ging es mir sehr schlecht, besuchte ich in der Woche mehrere Meetings.

Nach einiger Zeit konnte ich wie andere EA-Freunde in der Gemeinschaft Dienste (wie z.B. Betreuen des Kontakttelefons für Interessenten, die Leitung des Meetings oder die Funktion des Gruppensprechers) übernehmen. Dies wäre bei Beginn meiner Zugehörigkeit zur EA undenkbar gewe-

sen. Weil bei EA die »Neuen« von den Erfahrungen der älteren EA-Freunde profitieren, sind Meetingsbesuche auch dann wichtig, wenn der Genesungsprozess bereits in Gang gekommen ist und es dem betreffenden EA-Freund besser geht. Dann kommt er aus Dankbarkeit für seine Heilung zum Teilen von *Erfahrung, Kraft und Hoffnung* und leistet damit Prävention für seine eigene psychische Gesundheit. Ich möchte diese Einleitung abschließen mit einem Zitat von Dr. Walther Lechler, dem geistigen Vater und verdienten Pionier der EA-Entwicklung in Deutschland:

> Wer sich selbst findet und gefunden hat,
> wird in seinem dialogischen Bezug mit der Welt
> immer in einem intensiven, intimen Kontakt
> mit allem sein, was Partner ist.
> Um ihn herum öffnet sich alles weit zum Leben hin.
> Wer sich jedoch nicht findet oder verliert,
> dessen Dialog mit dem Leben und mit allem, was Partner ist,
> wird aufhören, und übrig bleibt dann nur noch
> der Kelch, der mit der Misere dieser Welt gefüllt ist.
> Wer sich selbst und damit
> auch den Bezug zum Partner findet und gefunden hat,
> der wird also Öffnung und Weite erleben;
> wer sich aber verliert, dessen Lebensgefühl
> schrumpft zusammen zum Kelch, der ein Gefängnis wird.

Was kann Selbsthilfe zur Prävention leisten?

Da der Mensch in der Regel nicht über Nacht an der Psyche erkrankt, ist auch eine gewisse Zeit notwendig, seine Krankheit zum Stillstand zu bringen und durch geändertes Verhalten dauerhaft zu überwinden.

Die Diagnose einer psychischen Erkrankung sowie die Einleitung der erforderlichen Erstmaßnahmen erfolgt durch den Facharzt unter Mitwirkung des Patienten. Sobald der Kranke die primären Symptome seiner Erkrankung überwunden hat und in das Stadium des Klienten wechselt, übernimmt er auch mehr Verantwortung für seine Genesung. Nun ist er gefordert, durch geeignete Veränderungen in seiner Lebensführung die wiedererlangte Gesundheit weiter auszubauen und auf Dauer zu festigen.

Viele Menschen informieren sich bei einer Erkrankung zusätzlich durch laienverständliche Fachliteratur. Neben der Abrundung ihres Wissens durch eine weitere Meinung wollen sie das Wesen ihrer Krankheit verstehen und alternative Heilungsmöglichkeiten kennen lernen.

Mit den gesellschaftlichen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten wurde auch der Umgang mit den Betroffenen psychischer Erkrankungen offener. Dadurch konnte ein weiterer sehr wichtiger Weg zur Verbesserung der Kenntnisse über psychische Krankheiten erschlossen werden: *Der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen.* Oftmals sind hierbei nicht nur die reinen Fakten der Erkrankung Gegenstand des Austauschs, sondern die vielfältigen Auswirkungen auf den Alltag des Menschen. Über den persönlichen Kontakt ist durch die erlebten Gemeinsamkeiten der Krankheit bei gegenseitigem Vertrauen ein sehr intimer Austausch, z. B. auch über die mit der Krankheit verbundenen Gefühle, möglich.

Eine gute Chance, den Kontakt zu anderen Betroffenen herzustellen, bietet der Besuch einer Selbsthilfegruppe. Wie der Name bereits sagt ist eine Selbsthilfegruppe, beispielsweise im Gegensatz zu einer Therapiegruppe unter fachlicher Leitung, eine Gruppe von Menschen, die sich ohne fachliche Unterstützung selbst helfen will. Hier besteht naturgemäß das Risiko, dass die Teilnehmer der Selbsthilfegruppe ausschließlich über ihre bestehenden Probleme reden, statt die vorhandenen Schwierigkeiten in einem konstruktiven Miteinander gemeinsam zu überwinden. Es ist deshalb von Vorteil, wenn die Selbsthilfegruppe über ein Regelwerk verfügt, dass den Beteiligten bei größtmöglicher Gestaltungsfreiheit einen bewährten Weg bei der Bewältigung der anstehenden Probleme bietet.

Die Selbsthilfe leistet Prävention, indem die genesenen EA-Freunde über ihre Heilungswege sprechen und damit den neuen EA-Freunden Mut machen, ihre noch vorhandenen Probleme wahrzunehmen und an deren Beseitigung zu arbeiten.

So heißt es z. B. in der Einleitung unserer Übersicht »Kontakte und Meetings«:

»Wir laden dich ein, wie wir zu entdecken, dass unsere EA-Gemeinschaft mit ihren wöchentlichen Meetings voll freundlicher Wärme ist – wichtig, um emotionale Gesundheit zu erlangen und zu erhalten …

EA ist keine Gesprächsrunde, in der wir uns ständig unser Elend vor Augen halten, sondern ein Weg, auf dem wir lernen, uns davon zu lösen. Unsere Gelassenheit kommt zum Teil daher, dass wir fähig werden, mit unseren ungelösten Problemen in Frieden zu leben …

Wir bemühen uns um eine Atmosphäre von Verständnis und Annahme. Für uns ist es nicht wichtig, wer du bist oder was du getan hast. Du bist immer willkommen – du hast die Wahl.«

Die Gemeinschaft der Emotions Anonymous

Emotions Anonymous (EA) ist eine Gemeinschaft von Männern und Frauen aus allen Berufen und Gesellschaftsschichten, die sich in regelmäßigen wöchentlichen Meetings immer wieder treffen, um Lösungen zur Beseitigung ihrer emotionalen (seelischen) Probleme zu finden.

Die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist der Wunsch, emotional gesund zu werden und diese Gesundheit zu erhalten.

Die meisten von uns sind in Lebenskrisen, wie Trennung, Verlust eines Menschen, schweren Konflikten am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten in ihrer Beziehung oder in der Familie zu EA gekommen. Mit der Zeit stellte sich heraus, dass die Ursachen nicht nur in den Umständen lagen, die zu diesen Lebenskrisen führten, sondern auch bei den Betroffenen selbst zu finden waren. Diese Ursachen können zu emotionalen Störungen führen und sind oft begleitet von medizinisch nicht erklärbaren Körpersymptomen.

Derzeit gibt es in Deutschland ca. 270 Selbsthilfegruppen der Emotions Anonymous.

Anhand der Antworten auf oft gestellte Fragen soll das Wesen von EA nun näher beschrieben werden.

Wie ist EA entstanden?

Der Entschluss zur Gründung von Emotions Anonymous ist im September 1970 in den USA gefallen. Daraufhin entstanden zeitgleich ab 1971 in Amerika und im deutschsprachigen Raum in Europa die ersten Gruppen.

Im gegenseitigen Gespräch fanden wir Hilfe für unsere emotionalen Störungen, wie z.B. Neurosen, Ängste, Depressionen, Zwänge und Süchte. Die Empfehlungen des Zwölf-Schritte-Programms der Anonymen Alkoholiker, abgewandelt für Menschen mit emotionalen (seelischen) Problemen wurden zur Grundlage unserer Selbsthilfegruppen. (aus: Faltblatt »EA in Stichworten«)

Wie hilft uns EA?

Das Programm der Emotions Anonymous beruht auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und dem Bemühen, jeweils *nur für einen einzigen Tag* bewusst zu leben. Wir versuchen im Denken und Fühlen nüchtern und gesund zu werden, indem wir unsere *Erfahrung, Kraft und Hoffnung* miteinander teilen. Wir bekommen so den Mut, unsere Mängel zuzugeben und die Gelassenheit,

auch mit noch ungelösten Problemen in Frieden zu leben. (aus: Faltblatt »EA in Stichworten«)

EA ist keine Gesprächsrunde, in der wir uns ständig unser Elend vor Augen halten, sondern ein Weg, auf dem wir lernen, uns davon zu lösen. (aus: 5. Hilfreicher EA-Gedanke)

Was sind Meetings?

Als Meetings werden die regelmäßigen wöchentlichen Treffen der EA-Gruppen bezeichnet. Sie dauern etwa zwei Stunden. In einem Meeting kommen ausschließlich selbst Betroffene zusammen, um ehrlich und aufrichtig ihre persönlichen Erfahrungen mitteilen zu können. Wir hören zu, aber fragen nicht. Wir erteilen keine Ratschläge in persönlichen Angelegenheiten, urteilen und kritisieren nicht. Wir glauben, dass wir voneinander lernen und hoffen, von dem Gesagten etwas für uns brauchen zu können. Die Grundlage für unsere Genesung und somit der Leitfaden unserer Meetings bilden die wesentlichen Teile unseres Programms: »Die Zwölf vorgeschlagenen Schritte« und »Die Zwölf Traditionen«. Alles, was im Meeting gesagt wird, bleibt im Raum und wird nicht nach außen getragen.

Die Teilnahme eines Außenstehenden zu Informationszwecken am Meeting ist nur nach vorheriger Ankündigung und im Einverständnis mit der Gruppe möglich.

Gelegentliche Informationsmeetings sind offen für alle Interessierte: Familienangehörige, Bekannte, Angehörige helfender Berufe und andere, die das Programm kennen lernen wollen. Wichtig ist dabei, dass die Sprecher nur ihre eigenen Erfahrungen mitteilen; keiner spricht für EA als Ganzes. (aus: EA Broschüre »Informationen für die Öffentlichkeit«)

Wer kann an EA-Meetings teilnehmen?

Jeder ist willkommen, der emotionale (seelische) Probleme hat und bereit ist, dies zuzugeben. Der Wunsch, gesund zu werden, ist die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit zu EA. Wir besuchen die Meetings nur um unsretwillen, um uns selbst zu helfen, nicht aus anderen Gründen oder einer anderen Person zuliebe. Unser gemeinsames Wohlergehen steht an erster Stelle. Öffentliche Meetings sind zur Information der Allgemeinheit gedacht; hier stellen sich einzelne Freunde und Freundinnen mit ihrer Lebensgeschichte vor und berichten über ihre seelisch-geistige Genesung. (aus: Faltblatt »EA in Stichworten«)

Warum diskutieren wir unsere Probleme nicht?

Die Erfahrung hat gezeigt, dass es ergiebiger ist, über Lösungen, als über Probleme zu sprechen. Die meisten von uns haben viele Stunden damit zugebracht, über ihre Probleme zu reden, und ihre Probleme blieben.

Wenn jeder von uns der Reihe nach beschreiben würde, wie schrecklich seine Woche gewesen ist, wie unglücklich er mit sich und seinen Mitmenschen war, hätten wir durch die Teilnahme an einem EA-Meeting nichts gewonnen. Wenn wir uns dagegen auf das Positive, die Lösung, konzentrieren, können wir das Meeting optimistisch und hoffnungsvoll verlassen. (aus: EA-Broschüre »Warum ein Schritte-Meeting?«)

Warum gibt es in einem EA-Meeting kein Feedback und keine Ratschläge?

Viele von uns lernen erst dann frei über ihre Gefühle zu sprechen, wenn sie nicht »bewertet« werden. In unserem Alltag werden bestimmte Erwartungen an uns gestellt. Wir werden danach beurteilt, inwieweit wir diesen Erwartungen entsprechen.

Im Meeting können wir uns so zeigen, wie wir wirklich sind, ohne befürchten zu müssen, abgelehnt zu werden.

Ratschläge sind auch eine Form der Bewertung. Sie sagen indirekt »Ich weiß was gut für dich ist, ich bin besser als du«. Wir maßen uns nicht an, zu wissen, was gut für andere ist.

Wir besuchen die Meetings nur um unsretwillen, um uns selbst zu helfen. (aus: EA-Präambel)

Das Warten auf Ratschläge von außen kann uns davon ablenken, die Lösung bei uns selbst zu suchen.

»Experten« sind wir nur in unseren persönlichen Erfahrungen und darin, wie wir versuchen, nach dem Programm zu leben. (aus: EA-Präambel)

Was bedeutet »anonym« bei EA?

Anonymität ist die geistige Grundlage der Gemeinschaft, die sich nach ihren Grundsätzen und nicht nach den Ansichten einzelner Personen richtet. Wir stellen Prinzipien vor persönliche Interessen. Wir wollen unser Genesungsprogramm bekannt machen, ohne bestimmte Menschen herauszustellen, die nach diesem Programm leben. Die persönliche Anonymität schützt den Einzelnen und die Gemeinschaft vor unerwünschter Öffentlichkeit. Die Zugehörigkeit zu EA wird nicht bekannt. (aus: Faltblatt »EA in Stichworten«)

Untereinander sprechen wir uns mit dem Vornamen an und verzichten bewusst auf weitere Einzelheiten, um Schutz und Gleichheit zu gewährleisten.

Wie erhält sich die Gemeinschaft der EA?

Es gehört zu unseren anerkannten Traditionen, die sich sowohl bei EA als auch vorher bei den Anonymen Alkoholikern bewährt haben, dass wir uns nur durch freiwillige Spenden aus unseren eigenen Reihen selbst erhalten. Wir erbitten weder Unterstützung von außen noch nehmen wir sie an. Damit wahren wir unsere Unabhängigkeit. (aus: Faltblatt »EA in Stichworten«)

Kontakt und Information

In diesem kurzen Beitrag ist es nicht möglich, auf die einzelnen Stufen der fast vierzig Jahre währenden Entwicklung von EA in Deutschland einzugehen. Weitere Informationen gibt es im Internet auf der Homepage www.EmotionsAnonymous.de. Dort gibt es

- die wichtigsten Regeln und Grundlagen der Emotions Anonymous:
  - die Präambel der Emotions Anonymous
  - die zwölf vorgeschlagenen Schritte der EA
  - die zwölf Traditionen der EA
  - nur für heute
  - die zwölf hilfreichen EA-Gedanken
- detaillierte Hinweise auf weiterführende Literatur,
- aktuelle Veranstaltungen und Adressen, an denen die wöchentlichen Meetings stattfinden.

Außerdem unterhält EA für Interessierte und Betroffene in Berlin ein Kontakttelefon: Tel. 030/7 86 79 84.

Neue Chancen der Prävention durch das zukünftige Präventionsgesetz – Podiumsdiskussion

Mit Dagmar Barteld-Paczkowksi (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener), Christian Berringer (Arbeitsstab des Behindertenbeauftragten), Thomas Bublitz (Verband der Angestelltenkrankenkassen – VdAK), Margrit Golfels (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker – Familienselbsthilfe Psychiatrie), Joachim Hagelskamp (Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband), Thomas Isenberg, (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.), Helga Kühn-Mengel (Patientenbeauftragte der Bundesregierung), Karl W. Lauterbach (Gesundheitsökonom)

Moderation: Reinhard Peukert, Heinrich Kunze

Peukert: In der folgenden Diskussion wollen wir aus verschiedenen Perspektiven der Frage nachgehen, welche Chancen das Präventionsgesetz bietet und welche Erwartungen damit verknüpft sind. Hierzu wird es zunächst ein kurzes Statement der Podiumsteilnehmer geben, bevor wir zur Diskussion übergehen. Frau Kühn-Mengel bitte ich um das erste Statement.

Kühn-Mengel: Herr Prof. Lauterbach hat eben in seinem Referat noch einmal deutlich gemacht hat, wie wichtig die Faktoren Transparenz, Partizipation, Qualität zur Vermeidung oder Verschlimmerung von Krankheiten sind, außerdem hat er auf den Zusammenhang von Gesundheit und sozialer Lage hingewiesen. Dieser Aspekt wird im Präventionsgesetz mit Sicherheit eine Rolle spielen.

Ich habe bereits gestern darauf hingewiesen, dass wir mit der Gesundheitsreform 2000 die Regelung zur Prävention im Krankenversicherungsrecht wieder belebt haben. Damit haben wir nicht nur eine falsche Weichenstellung korrigiert, sondern im § 20 SGBV auch noch eine wichtige Ergänzung vorgenommen und einen Halbsatz angefügt, nach der Prävention vorrangig auch das Ziel haben muss, ungleiche Gesundheitschancen auszugleichen.

Dahinter steht der Ansatz, der Lebenslagen-spezifische Aspekte betont und davon ausgeht, dass der Gesundheitsstatus im ganzen hohen Maße mit dem sozio-ökonomischen Status korreliert. Durch diese Regelung hat die Politik eine erste Weichenstellung für die Ausrichtung der Prävention vorgenommen.

Die Krankenkassen haben inzwischen in ihrem Maßnahmenkatalog – dessen Entwicklung zugegebenermaßen ein wenig gebraucht hat – endlich auch die Settingansätze berücksichtigt. Es kam ja immer wieder der Vorwurf, dass sich präventive Maßnahmen zu sehr auf Mittelschichtangehörige kon-

zentrieren. Hier wurde damit begonnen, die neue Ausrichtung auch umzusetzen. Daneben ist zu erwähnen – Herr Prof. Lauterbach hat eben bereits darauf hingewiesen –, dass auch die Disease-Management-Programme einen immer größer werdenden Personenkreis erreichen. Dies ist kein Anlass zur Euphorie, aber wir erreichen mehr und mehr die Gruppen, die wir bisher noch nicht erreicht hatten. So sind heute so viele Diabetiker wie noch nie zuvor in Fortbildungsmaßnahmen.

Bei der Entwicklung des Präventionsgesetzes müssen aus meiner Sicht Prioritäten gesetzt und Ressourcen gebündelt werden. Ich halte es für wichtig, dass wir uns zunächst auf wenige Ziele beschränken. Eines davon ist der Zusammenhang von sozio-ökonomischem Status und Gesundheit bzw. Krankheiten; weiter halte ich geschlechtspezifische sowie altersspezifische Aspekte für sehr wichtig.

Nun gibt es bereits heute schon sehr viele Maßnahmen, wobei ich immer wieder auch auf das hinweise, was die Länder und die Kommunen leisten. Aber gegenwärtig entwickelt sich vieles immer noch nebeneinander her, ist unter Qualitätsgesichtspunkten nicht gut genug abgesichert wird nicht ausreichend evaluiert. Hier müssen wir nacharbeiten. Wir müssen mehr Transparenz herstellen. Wir müssen die Maßnahmen, die es gibt, koordinieren. Wir müssen an der Qualität arbeiten und wir müssen die Partizipation stärken. Das sind ganz wichtige Punkte, die in einem Präventionsgesetz an vorderste Stelle gehören. Dabei müssen wir alle Akteure einbinden, nicht nur die Krankenkassen, sondern alle Sozialversicherungssysteme, die Wissenschaft, die Selbsthilfe usw.

Das Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, das die Ministerin eingerichtet hat, ist ein wichtiger Schritt gewesen, um im Verbund das große Paket Prävention anzugehen. Dabei ist es – wie bereits in den gestrigen Beiträgen angesprochen – unerlässlich, dass eine Klärung der vielen unterschiedlichen Begriffe erfolgt. Was ist Prävention – was ist primäre, sekundäre, tertiäre Prävention? Was genau ist Gesundheitsförderung und wie ist Früherkennung zu definieren? Dies muss im Konsens ausgehend von der Bundesebene nach »unten« durchdefiniert werden.

Peukert: Eine kurze Nachfrage: An welcher Stelle sehen Sie da die Prävention von oder bei psychischen Erkrankungen?

Kühn-Mengel: Ein Beispiel sind die nicht erkannten psychischen Erkrankungen. Wir wissen von Patienten und Patientinnen, die teilweise lange durch das System irren, bis sie überhaupt richtig diagnostiziert und einer adäquaten Therapie zugeführt werden. Es ist bekannt, dass unzureichende Diagnostik und eine nicht angemessene Therapie Krankheitsläufe verlängert, dass

dies zu enormen Kosten führt und gleichzeitig einhergeht mit einer Verschlechterung des ökonomischen Status der Betroffenen. Insofern kann ich nur verstärken, was vor allem Prof. Lauterbach heute gesagt hat: Diese Gruppen müssen wir ganz besonders ansprechen, besonders weil psychisch kranke Menschen sich anders als somatisch kranke Menschen häufig zurückziehen. Sie sind nicht diejenigen, die von einem Arzt zum anderen gehen, sondern dazu neigen, sich zu isolieren. Deswegen bedarf es hier ganz besonderer Zielgruppenarbeit.

Berringer: Ich werfe einen Blick auf das Thema Prävention vor dem Hintergrund der Beschäftigung mit dem SGB IX und unseren Erfahrungen im Arbeitsstab des Behindertenbeauftragten. Gerade im Hinblick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen werden wir immer wieder damit konfrontiert, dass dem von diesem Personenkreis artikulierten Hilfebedarf nicht adäquat entsprochen wird. Dieser Hilfebedarf ist vor allen Dingen dadurch gekennzeichnet, dass Hilfe aus verschiedenen Richtungen kommen muss, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur beruflichen und sozialen Integration miteinander verknüpft und koordiniert werden und als eine Hilfeleistung erbracht werden können. Dieser Ansatz Koordination und Integration von Hilfen liegt dem SGB IX zu Grunde.

Hierin liegt aus unserer Sicht auch ein ganz wesentlicher Ansatzpunkt für die jetzt vor uns stehende Präventionsgesetzgebung, indem hier von Anfang an der Versuch unternommen wird, nicht einzelnen Trägern einzelne Leistungsaufgaben zuzuweisen, sondern dass hier ein Gesamtbereich geregelt wird, bei dem es auch darum geht, Teilhabe und Zugangsmöglichkeiten zu schaffen. Wir haben im SBG IX die drei Begriffe der Koordination, der Konvergenz und der Kooperation zwischen den Trägern geprägt. Diese drücken in hervorragender Weise aus, was Aufgabe der im Rahmen der Präventionsgesetzgebung vorgesehenen Stiftung Prävention sein soll.

Bei dem Präventionsgesetz hoffen wir auch darauf, dass es insbesondere mit Blick auf psychisch Kranke und behinderte Menschen dazu beiträgt, die Situationen und Probleme, die wir jetzt sehr häufig im späteren Verlauf sehen, früher angehen zu können; wir hoffen darauf, dass Strategien entwickelt werden, die eine frühere Intervention und eine bessere Zusammenarbeit ermöglichen.

Wir hoffen weiter, dass die Regelungen zur Prävention ebenso wie das SGB IX beispielgebend auch für andere Bereiche der sozialen Sicherung wirken, denn wir sind davon überzeugt, dass es in vielen Bereichen von großer Bedeutung ist, die derzeit bestehenden Bruchlinien und Schwellen zu überwinden. Diese bedeuten für den Einzelnen sehr oft, dass er vor einem

System steht, das für ihn nicht transparent ist und in dessen Effizienz er nicht ausreichend Vertrauen hat. Ich hoffe sehr, dass das Präventionsgesetz es vermag, frühzeitig zu helfen und so auch Vertrauen in die Fähigkeiten sozialer Sicherungssysteme insgesamt schafft.

Peukert: Wir teilen ihre Hoffnungen, bei denen es sich aber derzeit erst mal nur um Hoffnungen handelt. Wenn ich es richtig verfolgt habe, hat Herr Bublitz sich Notizen gemacht, als es um die Koordination und die Entwicklung gemeinsamer Aktivitäten ging. Ich bin gespannt, welche Position die Krankenkassen zu dieser Frage haben.

Bublitz: Die Krankenversicherung sieht sehr wohl die immense Bedeutung von Prävention. Ich möchte bei der Aussage von Frau Kühn-Mengel zur Wiederbelebung des § 20 SB V anschließen. Man hat der Prävention einen Bärendienst erwiesen, als man sie nach Einführung Anfang der 90er-Jahre dann 1997 im Grunde eingestampft hat. Die bis dahin in sieben Jahren aufgebauten Strukturen wurden bei den Krankenkassen federstrichartig eingedampft und zurückgefahren. Und erst seit Anfang des Jahres 2000 sind wir wieder in der Situation, Prävention wieder ansatzweise zu realisieren und zu entwickeln.

Zu den Problemen, die hier heute angesprochen sind, möchte ich zunächst darauf hinweisen, dass gemessen an den gesamten Gesundheitsausgaben für Prävention nur ein Prozent aufgewendet wird. Hiervon übernehmen ca. 40 % die gesetzlichen Krankenkassen – mit steigender Tendenz. Erschreckend ist dabei allerdings die Tatsache, dass sich die öffentliche Hand häufig in dem Umfang zurückzieht, wie die Krankenversicherung Finanzierungsanteile oder Aufgaben übernimmt. Eine solche Entwicklung kann nicht der Bedeutung von Prävention Rechnung tragen, wie wir sie als politische Maßgabe wie auch als versorgungspolitische Dringlichkeit empfinden.

Zu den Chancen der Prävention durch das Präventionsgesetz möchte ich sechs Punkte ansprechen, die verschiedene Aspekte betreffen und zugleich Anforderungen an ein Präventionsgesetz darstellen, um die Prävention wirksam weiterzuentwickeln.

1. Prävention muss sich an konsentierten Gesundheitszielen orientieren. Das heißt, wir müssen die zur Verfügung stehenden Ressourcen zielgerichtet einsetzen.
2. Die bisher nur im Krankenversicherungsrecht festgeschriebene Aufgabe der Prävention, ungleiche Gesundheitschancen auszugleichen, kann nicht allein Aufgabe der Krankenkassen sein. Wenn wir denn ein Präventionsgesetz bekommen, halten wir es für ganz wichtig, dass diese Verbindung von sozialen Ungleichheiten und Gesundheit, wie sie Herr Prof. Lauterbach in seinem Vortrag sehr eindrucksvoll deutlich gemacht hat, Berücksichtigung findet und deren Überwindung eine gemeinsame Aufgabe wird. In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass wir mit den derzeitigen Aktivitäten eher Gruppen erreichen, die nicht zu dieser zentralen Zielgruppe gehören, denn das Interesse für Gesundheit ist gerade bei den sozial schwachen bzw. benachteiligten Bevölkerungsgruppen eher unterrepräsentiert oder sehr unterrepräsentiert.
3. Es ist wichtig, dass ein Präventionsgesetz Begrifflichkeiten ein für alle Mal klar stellt, damit nicht jeder unter Prävention etwas anderes versteht oder mit der Verwendung des Präventionsbegriffes unterschiedliche Inhalte meint.
4. Dabei muss auch klar geregelt werden, wer für welche Aufgaben im Bereich der Prävention zuständig ist. Dies ist notwendig, weil sich sonst keine konkreten Verbindlichkeiten und Verpflichtungen zur Umsetzung aus einem Präventionsgesetz ableiten lassen.
5. Auch die von Herrn Berringer schon genannte Koordination und Kooperation muss in einem Präventionsgesetz hinreichend geregelt sein. Es ist zu klären, wer sich mit wem und mit welcher Zielsetzung für Prävention einzusetzen hat. Dabei brauchen wir auch die Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf der Ebene der Länder und Gemeinden, denn wir dürfen Prävention nicht nur als eine Aufgabe der Sozialversicherungsträger verstehen.
6. Wenn wir Prävention in diesem ganzheitlichen Verständnis als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definieren, dann darf es auch nicht nur eine Finanzierungsaufgabe der Krankenversicherung oder – so wie jetzt in den Diskussionen angedeutet – der Sozialversicherungsträger bleiben. Wir brauchen für dieses Mammutprojekt und für diese wirklich sehr anspruchsvolle und herausfordernde Arbeit das Bekenntnis aller der Prävention Verpflichteten. Das sind Bund, Länder, Kommunen, das sind die Schulbehörden, die Krankenkassen und die anderen Sozialversicherungsträger. Wir brauchen deren Engagement nicht nur in Wort, sondern auch monetär.

Um die Notwendigkeit des gemeinsamen Engagements zu verdeutlichen, ein Beispiel: Aus der Vorgabe, ungleiche Gesundheitschancen auszugleichen, ergibt sich auch die Verpflichtung, Prävention in den verschiedenen sozialen Bezügen zu bewegen – der so genannte Setting-Ansatz. Nun hat aber die Krankenversicherung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben einen Versicherten-Bezug. Wenn wir also den Setting-Ansatz nach vorne bringen wollen, kann

dies nicht die Krankenversicherung alleine tun. Wir können beispielsweise nicht in Schulen und in Kindergärten ohne Mitwirkung und Beteiligung der Gemeinden, insbesondere der Schulbehörden, tatsächlich wirksame Präventionsprogramme machen. Hier muss bezüglich der Zuständigkeiten und der Zusammenarbeit eine klare Definition da sein, die auch die finanziellen Verpflichtungen umfasst.

Peukert: Dass es dabei nicht nur um finanzielle Zuständigkeit geht, sondern auch im die inhaltliche Beteiligung der verschiedenen Akteure, ist sicher ein Aspekt, den auch Herr Hagelskamp aufgreifen wird.

Hagelskamp: Hinter die Überschrift »Neue Chancen der Prävention durch das zukünftige Präventionsgesetz« habe ich ein Fragezeichen gesetzt, denn: Einerseits ist die Erwartung da, dass man einen gemeinsamen Fond, eine gemeinsame Stiftung hat und gleichzeitig – das ist in den Beiträgen gestern und teilweise auch heute angesprochen worden – neues Geld ins System hineinkommt.

Andererseits muss ich vor dem Hintergrund der Diskussion im Forum Prävention kritisch anmerken, dass ich noch nicht sehe, dass zusätzliches Geld ins System fließt. Vielmehr wir reden im Forum über Geld, das bereits im System ist: Einerseits über das für Prävention (§ 20 Abs. 1–3 SGB V), andererseits das für die Selbsthilfeförderung (§ 20 Abs. 4 SGB V).

Der Paritätische hat bereits im Herbst 2003 in den Stellungnahmen zur Gesundheitsreform, dem GMG, darauf hingewiesen, dass es – wenn Prävention vernünftig umgesetzt werden soll – auch entsprechender Vorschriften und Regelungen in den jeweiligen Leistungsgesetzen der übrigen Beteiligten bedarf, die für Prävention in Frage kommen: Rentenversicherung, Krankenversicherung, Bundesanstalt für Arbeit, Unfallversicherung sowie die Träger der Sozial- und der Kinder- und Jugendhilfe, bei denen sich durch Prävention langfristige Einsparvolumina ergeben.

Wir befinden uns nun aber in einer Situation, in der jeder dieser Leistungsträger vor dem Hintergrund steht, dass nicht mehr genügend Geld da ist. Damit bewegen wir uns in gewisser Weise in einem Dilemma, das ich anhand der Ausführungen eines Unternehmensberaters verdeutlichen will, den wir im Januar im Forum Prävention zu Gast hatten. Er hat uns erklärt: Wenn man neue Dinge in ein Unternehmen einführt, muss man bedenken: Jede Aktivität kostet auch Geld. Auch wenn es darum geht, letztendlich effektiver zu arbeiten, muss zunächst erst einmal investiert werden. Genau dieser Aspekt ist meines Erachtens bei der Diskussion um die Stärkung der Prävention im Moment noch nicht ausreichend berücksichtigt worden.

Vernünftig finden wir sicherlich eine Stärkung von Setting-Maßnahmen

und Kampagnen vor allen Dingen im Bereich der primären Prävention. Das gilt auch für die Stärkung und Unterstützung der Beratung und selbstverständlich auch eine verstärkte Förderung der Selbsthilfe – der Selbsthilfegruppen, der Selbsthilfeorganisationen und der Selbsthilfekontaktstellen. Alles das ist von Staatssekretär Schröder in einem Gespräch mit Vertretern des Forums Prävention am 26. April zugesagt worden.

Bei diesem Gespräch wurde mir aber auch sehr deutlich, dass es zwischen den Beteiligten – Rentenversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, den Ländern und den Kommunen – sehr unterschiedliche Wahrnehmungen darüber gibt, wie das Ganze denn ausgelegt werden soll. Dabei ist aber durchaus die Hoffnung da, dass hier ein System in Gänze entwickelt wird.

Ich möchte an dieser Stelle noch einen weiteren Punkt ansprechen, der die Ausrichtung der Bundespolitik betrifft. Wir haben hier einerseits eine Politik, die in Richtung von Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen geht. Stichworte sind das SGB IX, das Bundesgleichstellungsgesetz und das geplante Antidiskriminierungsgesetz. Diese Gesetze und die sich daraus ergebenden Maßnahmen zielen darauf ab, dass Menschen mit Beeinträchtigungen entsprechend ihren Möglichkeiten am Leben in unserer Gesellschaft teilnehmen können. Gleichzeitig nehmen wir aber auch eine Politik wahr, die diese Zielsetzung unterläuft. Beispiele aus der Gesundheitsreform sind für mich zum einen die neue Chronikerrichtlinie, bei der eine klare Zuschreibung erfolgt, um einen bestimmten Status zu erhalten. Zum anderen die neue Zuzahlungsregelung, die nunmehr keine vollständige Befreiungsmöglichkeit für Menschen mit ganz niedrigem Einkommen – auf der Höhe von Sozialhilfe oder Grundsicherung – mehr enthält.

Besonders krass finde ich in diesem Zusammenhang das Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 31. März, in dem das BMGS den Wohlfahrtsverbänden erläuterte, dass der Gesetzgeber im Hinblick auf die Einbeziehung von Taschengeld-Beziehern in Heimen zu den Zuzahlungen und Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten seinen Spielraum genutzt hat, indem er die Belastungsgrenze vom sozioökonomischen Existenzminimum in Richtung des physischen Existenzminimums verschoben hat.

Isenberg: Ich teile die Befürchtungen von Herrn Hagelskamp. Wir müssen aufpassen, dass die Diskussion um das Präventionsgesetz nicht nur eine Feigenblattdiskussion wird, um die sozialen Härten und auch Ungerechtigkeiten der Gesundheitsreform zu verdecken. Herr Hagelskamp hat hier eben zwei Beispiele benannt, die meiner Meinung nach dem Präventionsgedanken auch abträglich sind.

Ich habe auch die Hoffnung, dass mit dem Präventionsgesetz mehr passiert als die Zusammenhänge anzugehen, die Herr Lauterbach beschrieben hat und die noch eher kurativ sind. Hier geht es darum zu schauen, wo es Risikofaktoren gibt und wie wir diese behandeln können, um einen Teufelskreis zu durchbrechen. Dies ist zweifellos ein berechtigtes und wichtiges Anliegen. Ich denke aber, dass das Präventionsgesetz etwas leisten muss, was darüber hinausgeht.

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Der DAK Gesundheitsreport 2002 weist einen steigenden Anteil der Frühverrentungen aus, insbesondere in Folge psychischer Erkrankungen. Hierzu wird eine Steigerungsrate von über 51 Prozent für die Jahre 2001 zu 1997 angegeben. Wir wissen, dass von den psychischen Störungen ein großer Teil schon in der Kindheit und Jugend ihre Grundlage hat, also in einer Phase, in der Kompetenzbildung stattfindet. In dieser Phase muss Gesundheitsförderung im Prinzip ansetzen. Deswegen habe ich die Hoffnung, dass dieses Präventionsgesetz auch diesen Bereich als Maßnahmenfeld identifiziert.

In diesem Zusammenhang stellt sich für mich die Frage, wie die Ziele von gesundheitsziele.de konkret mit Leben gefüllt werden können, in denen die Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen als ein Handlungsfeld beschrieben werden. Hierzu ist auch zu klären, wie gewährleistet werden kann – und das muss meiner Meinung nach im Präventionsgesetz geregelt werden –, dass wir überall auch tatsächlich kommunale Gesundheitskonferenzen haben, um dann diese Ziele mit Leben zu füllen durch Maßnahmen, die auch aus den zusätzlichen Geldmitteln finanziert werden. Ohne weiteres Geld wird es für viele Akteure schwierig.

Außerdem habe ich die Hoffnung, dass auch die Krankenkassen eine Verbindlichkeit schaffen. Dies könnte im konkreten Einzelfall bedeuten, sich darauf zu verständigen, dass gewisse Maßnahmen dann nicht mehr primär in den guten Stadtteilen durchgeführt werden, die für Marketingmaßnahmen sinnvoll sind, um eine Kasse zu positionieren, sondern eben mehr in den Kindergärten oder Schulen stattfindet, die in sozial benachteiligten Stadtteilen liegen. Dies setzt ein Zusammenwirken zwischen Schulen, Kindergärten und den Krankenkassen voraus. Auch diese Verbindlichkeit muss in irgendeiner Form in dem Präventionsgesetz beschrieben werden.

Weiter habe ich die Hoffnung, dass ausgehend von den Settingansätzen genau geprüft wird, was die Kinder- und Jugendhilfe mehr als bisher leisten kann und ob die Aufgabe der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe ausreichend beschrieben ist. Ich habe den Eindruck, dass das nicht der Fall ist und die Gesundheitsförderung teilweise noch ein Schattendasein fristet. Deswegen würde ich mir erhoffen, dass hierzu konkrete Programme beschrieben und aus dem Präventionsfond finanziert werden.

Abschließend möchte ich aus Sicht des Verbraucherschutzes noch darauf hinweisen, dass alle Akteure – und dazu zählen sicherlich auch die Beratungseinrichtungen – zunehmend in die Verantwortung genommen werden müssen, soziale Ungleichheit zu beseitigen. Das bedeutet, sich auch einer Wirkungsanalyse stellen zu müssen und unter Umständen auch darzulegen, wo ihr Beitrag ist, um soziale Ungleichheit am Beispiel der Prävention zu beseitigen und wie sie an Zielgruppen besser herankommen. Die Frage des Zugangs zu Kindern und Jugendlichen ist für mich ein großes Problem, z. B. wenn ich das Ziel habe, auch bei dieser Gruppe Maßnahmen zur Stressbewältigung durchzuführen. Eine andere Frage ist, wie Migrantinnen und Migranten besser erreicht werden können. Ergibt sich hieraus, dass sich die Beratungseinrichtungen auch mehr auf die Migrationhintergründe und auf die ethnischen Hintergründe ihrer Klientel einstellen und auch ihr Personal entsprechend qualifizieren müssen? Wo ist hier eine Neuorientierung der Einrichtungen, die aus Krankenkassenmitteln oder auch aus kommunalen Mitteln in ein Beratungsmix mit eingebunden sind? Auch das müsste meiner Meinung nach zumindest als Ziel in einem Präventionsgesetz beschrieben werden und dann beim Aushandeln entsprechender Verträge oder Maßnahmenbündel auf kommunaler Ebene als konkrete Messlatte dienen.

Peukert: Zu diesen Fragen sind natürlich Antworten gefragt. Zuvor bitte ich aber noch die Vertreterinnen der Selbsthilfe um ihr Statement, die dann vielleicht auch den Bogen zur Frage schlagen, welche Bedeutung das Präventionsgesetz konkret für den Bereich psychischer Erkrankungen haben kann.

Golfels: Wir finden es gut, dass mit dem beabsichtigten Präventionsgesetz die Selbsthilfe eine Verankerung bekommen soll, von der wir denken, dass sie der realen Rolle der Selbsthilfe auch tatsächlich entspricht, denn die Selbsthilfe leistet eine ganze Menge auf verschiedenen Ebenen.

Das fängt an mit den unterschiedlichen Formen von Empowerment, die durch Informationen, durch Entlastung und durch gegenseitiges Stützen erreicht werden – und zwar sowohl auf der Ebene der Betroffenen als auch auf der Ebene der Familien.

Da meine Nachbarin gleich noch etwas über die Prävention psychischer Erkrankungen aus der Sicht der Betroffenen sagen wird, möchte ich meinen Beitrag auf die Situation der Familien fokussieren.

Prävention bezogen auf Familien heißt einerseits zu verhindern, dass die Belastungen, die auf Familien zukommen, so stark werden, dass die Angehörigen selbst krank werden. Andererseits geht es aber auch darum, bei schon

erkrankten Angehörigen etwas dazu beizutragen, dass ihre Belastung dann sekundärpräventiv gemildert wird. Die Aufgaben, die daraus erwachsen, sind überwiegend auf der Ebene der Verhältnisprävention anzusetzen. Es sind Angebote nötig, die die Familien entlasten. Die Familien können sich zwar untereinander eine ganze Menge an Entlastung geben, es sind aber auch Hilfeangebote seitens des Versorgungssystems notwendig.

Neben der präventiven Funktion im individuellen Bereich hat die Selbsthilfe der Angehörigen aber auch die Aufgabe, sich auf Landes- und auf Bundesebene einzuschalten und ihr Erfahrungswissen als Berater in die Politik einzubringen. Sie will dazu beitragen, dass im politischen Bereich Entscheidungen nicht zu Lasten von psychisch Kranken und ihren Familien getroffen werden. Und wenn solche Fehlentscheidungen getroffen wurden, dann ist eine wichtige Aufgabe der Selbsthilfe, die Finger in diese Wunden zu legen und den Protest zu organisieren.

Die Selbsthilfe ist auf Landes- und Bundesebene genau wie auf lokaler Ebene vor allem auch ein großer Anbieter von Dienstleistungen, die stark präventiven Charakter haben. Überall da, wo es um Beratung und Unterstützung geht, die auf eigener Erfahrung und Betroffenheit beruhen, ist dieses konkret Selbsthilfe mit präventiver Wirkung.

Es gehört derzeit zum politisch guten Ton, dass die Selbsthilfe aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit für die Gesellschaft und für das Gesundheitssystem gelobt wird. Die Redlichkeit derartiger Politikerstatements muss jedoch in Frage gestellt werden, wenn nicht gleichzeitig über die strukturelle Absicherung der Selbsthilfearbeit geredet wird.

Für den Bereich der Psychiatrie ist dies ein ganz besonders wichtiger Punkt, denn anders als beispielsweise die Selbsthilfe im Osteoporosebereich oder im Rheumabereich, wo man durch Mitgliedsbeiträge eine ganze Menge finanzieren kann, ist dies im Bereich der Psychiatrie nicht möglich. Psychische Erkrankungen sind nach wie vor stark stigmatisiert. Die Selbsthilfe wird hier überwiegend als Dienstleister in Anspruch genommen, und es gibt nur vergleichsweise wenige, die sich durch Mitgliedschaft längerfristig persönlich und finanziell für die Selbsthilfe engagieren. Deshalb ist es gerade im Bereich Psychiatrie unabdingbar, dass eine finanzielle Absicherung der Selbsthilfearbeit erfolgt, wenn man die Potenziale der Selbsthilfe nutzen möchte. Daher ist es wichtig, dass alle Förderer – einschließlich der öffentlichen Hände, die sich in letzter Zeit sehr stark zurückgezogen haben – in einen Gemeinschaftsfond einzahlen, durch den eine verlässliche Basisfinanzierung sichergestellt wird. Denn nur wenn sich Selbsthilfe auf allen Ebenen auf eine vernünftige Finanzierung verlassen kann, ist gewährleistet, dass die

Selbsthilfe weiterhin ihren vielfältigen Aufgaben gerecht werden und ihre Neutralität wahren kann.

Peukert: Nach der Selbsthilfe der Angehörigen nun zur Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen. Steht für Sie auch die Dienstleistung im Vordergrund?

Barteld-Paczkowksi: Ein reines Dienstleistungsunternehmen ist das nicht. Vorab möchte ich aber darauf hinweisen, dass wir, die Betroffenen, eigentlich vergessen worden sind. Und erst als wir anfingen zu schimpfen, sind wir dann auch auf dieses Podium gekommen.

Selbsthilfe ist eigentlich kein Dienstleistungsunternehmen, sondern es ist ein Peer-Counseling-Verfahren, in dem Betroffene andere Betroffene beraten. Selbsthilfegruppen werden auch finanziert, zum Beispiel, wenn sich die Gruppen an Kontaktstellen wenden oder auch selbstständig Gelder beantragen. Nur, wer weiß das schon? Wie kommt die Information über das, was möglich ist, zu denjenigen, die es brauchen würden? Das ist eine ganz große Frage. Aus meiner eigenen Betroffenheit weiß ich, dass man sich auf einen langen steinigen Weg machen muss, um die Hilfen zu bekommen oder zu finden, die einem gut tun. Denn Hilfe, die angeboten wird, ist nicht immer die, die man in dem Moment auch braucht.

Was ich vorhin bei Herrn Lauterbach sehr wichtig fand war, dass er sagte, dass diese ganzen Herzkrankheiten und alle anderen eigentlich auch eine psychologische Komponente haben. Nur bei psychischen Erkrankungen wird diese häufig gar nicht gesehen und so getan, als sei es ein genetischer oder biologischer Defekt. Es ist irgendwie merkwürdig, wenn dann bei der Psychoonkologie auch auf die Lebensumstände geachtet wird, nicht aber bei psychischen Erkrankungen

Was wir als Betroffene aber immer wieder feststellen ist, dass psychische Erkrankungen noch stark stigmatisierend sind und wir uns auch selbst stigmatisieren, wenn wir uns nicht trauen, über unsere Probleme zu sprechen. Deshalb ist bei Selbsthilfe auch ganz wichtig, dass die Betroffenen sich trauen, über ihre Probleme zu sprechen und Selbsthilfe zu leisten, Selbsthilfe in Anspruch zu nehmen. Denn Empowerment bedeutet für mich und für viele andere auch, sich mit seinen Problemen öffentlich zu machen und nicht so zu tun, als ob man nie etwas gehabt hätte, das keiner wissen darf. In der Öffentlichkeit und Offenheit liegt ein ganz wichtiger Aspekt der Selbsthilfe.

Außerdem finde ich es wichtig, dass in den verschiedenen Gremien Psychiatrie-Erfahrene tätig sind. Bei uns in Schleswig-Holstein sind das die gemeindepsychiatrischen Arbeitskreise und die gemeindepsychiatrischen Verbünde, in denen ansonsten eigentlich hoch dotierte Menschen sitzen. Wir

aber arbeiten dort ehrenamtlich mit. Unsere Mitgliedsbeiträge erlauben es uns gar nicht, Sitzungsgelder zu zahlen, während ein Politiker Sitzungsgelder oder Aufwandsentschädigungen bekommt. Deshalb müsste auch die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen in diesen Gremien finanziert werden – woher ist mir jetzt ziemlich egal. Gleiches gilt für die Mitarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen in den Besuchskommissionen, die in den Ländern unterschiedlich organisiert sind.

Die Mitarbeit in diesen Gremien finde ich wie gesagt wichtig, um unsere Erfahrungen einzubringen. Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener hat den Slogan »Wenn du etwas wissen willst, frage einen Erfahrenen und keinen Gelehrten«. Aber bezahlen möchte man dieses Wissen nicht.

Dann ist es bei psychischen Erkrankungen heute leider so, dass viele zur beruflichen Eingliederung den Integrationsfachdienst nicht in Anspruch nehmen können, weil sie den Schwerbehindertenstatus nicht haben. Die Schwerbehinderteneigenschaft und damit den Zugang zum Integrationsfachdienst können sie dann erst über somatische Erkrankungen wie Rückenleiden oder andere Beschwerden bekommen. Bei der Prävention muss es daher auch darum gehen, die Rechte öffentlicher zu machen, die die Betroffenen haben. Denn viele psychisch Erkrankte wissen gar nicht, welche Rechte sie haben. Diese Informationen werden ihnen auch streckenweise verheimlicht, weil dann unbequeme Fragen gestellt werden, sich dann der Alltag verändert und das Miteinander etwas schwieriger wird.

Prävention bedeutet vor allem einen achtsamen Umgang miteinander, was hier schon in vielen Facetten gesagt worden ist. Aber die Gesellschaft, zu der auch wir gehören, ist einfach nicht dafür geschaffen, liebevoll miteinander umzugehen. Deshalb wird es immer psychisch und seelisch beeinträchtigte Menschen geben, die nachrücken. Auch wenn wir es versuchen, durch Achtsamkeit auf einen anderen Umgang hinzuweisen.

Wir sind aber nicht nur bei diesem Podium vergessen worden, auch im Bundesausschuss sind wir nicht dabei. Die Einladung kam leider zu spät, während die Angehörigen dort daran beteiligt sind.

Ich denke aber, dass Prävention immer neu anfängt und es nie zu spät für Prävention ist. Genauso wie ich heute hier oben sitze, was auch nicht geplant war, ist auch unsere Teilnahme an den ganzen anderen Vorrunden, bei denen es um Prävention geht, nie zu spät. Aber eingeladen werden müssten wir schon werden.

Peukert: Zwei Anmerkungen zu Ihren Ausführungen, Frau Barteld-Paczkowksi: Erstens, dass Sie mit Ihren Ausführungen unsere Erwartungen erfüllt haben und zweitens zu dem Punkt, dass Sie die Einladung so spät er-

reicht hat. Die verspätete Einladung hat etwas mit unserem Thema der Finanzierung zu tun, denn es gibt derzeit nicht die Mittel für die Psychiatrie-Erfahrenen, um ein eigenes Büro zu unterhalten. So wurde die Einladung zur Teilnahme am gemeinsamen Bundesausschuss zwar an den Verband der Psychiatrie-Erfahrenen gesendet, aber aufgrund der mangelnden Infrastruktur aufgrund des Fehlens öffentlicher Förderungen ging diese Information den Vorstandsmitgliedern zu spät zu. Daran lag das. Es hat also damit zu tun, dass die Finanzierung für diesen Teil der Selbsthilfe nach wie vor sehr schwierig ist. Mir ist aufgefallen, dass Frau Kühn-Mengel sehr deutlich genickt hat, als Sie das Problem der Finanzierung angesprochen haben.

Lauterbach: Ich warne zum einen davor, dass alle Hoffnungen zur Überwindung der Versorgungsdefizite bei psychischen Erkrankungen in das Präventionsgesetz projiziert werden. Das Präventionsgesetz ist wichtig und wird auch ein gutes Gesetz werden, aber wir dürfen die Dimensionen nicht außer Acht lassen.

Wenn man die Zuwächse der Ausgaben für die pharmazeutische Industrie in Deutschland allein in den letzten vier Jahren betrachtet, dann sind diese Zuwächse ungefähr zehnmal so hoch wie der Gesamtbetrag, den es beim Präventionsgesetz pro Jahr geben wird. Wenn das Präventionsgesetz vielleicht 250 Millionen Euro oder einen ähnlichen Betrag zur Verfügung stellt, dann steht dem gegenüber ein Umsatzzuwachs von 2,5 Milliarden Euro allein in den letzten vier Jahren für zum Teil fragwürdige Pseudoinnovationen in der Industrie.

Und wenn man den für Prävention zu erwartenden Betrag auf die Personen umrechnet, sind es ein paar Euro pro Versicherten pro Jahr. Damit können die großen Versorgungsdefizite nicht behoben werden, das muss man durchaus realistisch sehen.

Wohl ist das Präventionsgesetz ein wichtiger Schritt nach vorn, zu dem es keine Alternative gibt. Das ist besser, als alles, was in fünfzehn, zwanzig Jahren zuvor in diesem Bereich beschlossen wurde. Aber die Psychiatrie und die Hilfe bei psychischen Erkrankungen müssen in der Regelversorgung gestärkt werden, denn dort werden Geld und Kompetenzen verteilt. Und hier ist die Psychiatrie bisher schwach vertreten, das muss man klar so sehen.

Ich habe zum Beispiel schon vor zwei Jahren bei einem Vortrag vor der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie dargestellt, dass Depressionen ideal geeignet wären für ein Chronikerprogramm, ein Disease-management-Programm. So ein Programm bringt mehr Geld auch in die Selbsthilfe, in die Schulung und in den psychiatrischen Behandlungsbereich als das gesamte Präventionsgesetz für alle Krankheiten. Bei diesen Program-

men geht es um sehr nennenswerte Summen, aber bislang ist diesbezüglich nichts passiert, es gibt keine Bewegung in diese Richtung.

Die Finanzierung der Selbsthilfe und auch die Finanzierung von Schulungen sowie die Mehrfinanzierung von integrierter Versorgung würde sich wahrscheinlich durch so ein Programm besser gestalten lassen, als durch jede andere Einzelmaßnahme. Daher kann ich nur noch einmal auffordern, dass Sie sich beim Bundesausschuss artikulieren und dafür einsetzen, dass ein solches Chronikerprogramm entweder für die Depression oder für eine andere psychische Erkrankung aufgelegt wird. Dies würde auch die Aufmerksamkeit der Krankenkassen auf diese Krankheit lenken. Die Krankenkassen bekommen über den Risikostrukturausgleich dann mehr Geld für die Zuwendung zu dieser Patientengruppe. Das würde zugleich auch den gesamten Bereich psychischer Erkrankungen aufwerten. Ein solches Programm würde denjenigen nützen, deren Versorgung derzeit unzureichend abgedeckt ist.

In diesen Programmen wird auch Interdisziplinarität gefördert, das heißt, über diese Programme kann man auch die klassische nichtärztliche Leistungserbringung finanzieren. Ich will die vielen Vorzüge hier nicht durchdeklinieren, aber den ganz konkreten Rat geben, sich hier einzubringen.

Der zu beschreitende Weg ist klar. Es muss Lobbyarbeit im Ministerium geleistet werden. Dort wird man das aber sicherlich nicht gerne hören. Der Weg muss weiter durch die Selbstverwaltung gehen. Der gemeinsame Bundesausschuss, der die nächsten Krankheiten für die Chronikerprogramme bestimmt, muss überzeugt werden, dass jetzt eine psychische Erkrankung zu berücksichtigen ist, nachdem bisher nur somatische Erkrankungen gewählt worden sind.

Der zweite Rat, den ich geben möchte ist der, dass man sich auf diesem Weg nicht gegeneinander ausspielen lässt: Es darf nicht so laufen, dass die Selbsthilfe gegen die Aktiven steht, die Krankenhausversorgung gegen die ambulante Versorgung usw.

Es muss auch bei den Vertretern derjenigen, die an solchen Aktionen beteiligt sind, so etwas wie eine gemeinsame Agenda geben. Was sind die Ziele, die wir erreichen wollen? Dabei muss die Gemeinsamkeit betont werden, nicht das Wenige, was trennt. Bei politischer Lobbyarbeit muss es zu ganz konkreten Aufträgen auch an die Spitze des Hauses kommen. Die Politik funktioniert heute nach den Prinzipien des Managements. Und wenn es keine ganz konkrete Lobbyarbeit von Ihrer Seite gibt, dann werden andere Interessen in den Vordergrund gerückt.

Kühn-Mengel: Ich möchte hier nur kurz daran erinnern, wie sehr wir für die Diseasemanagement-Programme gekämpft haben, und dass es viele ge-

geben hat – ich darf an dieser Stelle auch mal ein bisschen polemisch werden – die gehofft haben, dass die Wahlen anders ausfallen, damit man diese Programme gleich wieder abschaffen kann. So wurde uns bei den Diseasemanagement-Programmen immer vorgeworfen, dass diese zu bürokratisch seien. Andererseits ist aber die Dokumentation bei diesen Programmen außerordentlich wichtig, weil die Dokumentation schon der erste Schritt in Richtung Veränderung ist. Das, was als Bürokratie bezeichnet wird, ist nicht per se schlecht; man muss darauf achten, dass sie zweckmäßig ist und nicht übermäßig belastet.

Wenn ich sage, dass im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung möglichst vieles bereits im Vorfeld im Konsens abgestimmt werden muss, dann geht es mir auch darum, bürokratischen Hürden bei der Umsetzung entgegenzuwirken. Wenn wir nationale Ziele ohne diesen Konsens definieren, werden bei der Umsetzung an jeder Schnittstelle bürokratische Umsetzungsprobleme, Diskussionen und neue Abstimmungsprozesse entstehen. Deswegen bin ich dafür, dass wir auf Bundesebene mit all den starken Gruppen einschließlich der Landesvereinigungen für Gesundheit und der Selbsthilfe im Konsens definieren und das Vorgehen besprechen.

Hinzuweisen ist auch darauf, dass die Qualität der Versorgung bei den chronischen Erkrankungen besser werden muss, was zum einen Lebensqualität erhöht und auch der Verschlimmerung von Krankheit entgegenwirken kann. Auch das ist Prävention.

Man muss noch mal deutlich sagen: Wenn wir in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern zu viele Amputationen bei Diabetikern und Erblindungen haben, ist das neben einem Verlust an Lebensqualität für die Betroffenen auch ein Verlust an ganz viel Geld im Gesundheitssystem. Wir müssen die Geldströme wirklich in Richtung Qualität lenken, dann haben wir auch die Ressourcen. Deswegen betonen wir immer, dass wir viel Geld im System haben, das aber nicht immer bei der Qualität ankommt. Das ist inzwischen zwar schon ein Allgemeinplatz, aber es ist trotzdem immer noch richtig.

Gelder werden bei uns auch verschwendet durch überflüssige Operationen und durch Medikamentierungen, die es hier ausufernd gibt. 80 % der Medikamentenabhängigen in Deutschland sind Frauen, und ich sage immer, vielleicht sollte der Arzt mal vom Rezeptblock hoch auf die Lebenssituation der Frau gucken. Das würde auch schon helfen. Das hilft auch sparen und verändern.

Insofern ist die Qualitätsdiskussion überhaupt nicht zu trennen von Prävention und Gesundheitsförderung. Das ist ganz wichtig. Das heißt aber nicht, dass wir nur die Kuration verbessern wollen.

Im Bereich der Selbsthilfeförderung haben wir mit der Gesundheitsreform 2000 zum ersten Mal – Frau Schmidt-Zadel hat dafür gekämpft – verbindlich geregelt, dass die Kassen hierfür eine Mark pro Versicherten aufwenden müssen. Dies ist eine gute Regelung, von der ich aber auch weiß, dass sie nicht gut genug umgesetzt wird. Wir haben mit der Regelung deutlich gemacht, wie unverzichtbar die Selbsthilfe ist und haben sie als wichtiges Glied in der Versorgungskette zum ersten Mal auch finanziell abgesichert. Daneben haben wir Modellprojekte finanziert für Patientenberatungsstellen. Es sind Bausteine da. Wir haben noch viel zu tun, aber wir sind auf dem richtigen Weg. Helfen sie mit.

Barteld-Paczkowski: Frau Kühn-Mengel, ich finde alles richtig, was sie sagen, vor allem, dass sie noch mal besonders auf die Situation der Frauen hingewiesen haben. In dem Frauengesundheitsbericht, der 2001 oder 2002 das erste Mal erstellt worden ist, sind psychische Erkrankungen aber auch nur am Rande erwähnt. Das ist etwas, was man sich auch vor Augen halten sollte.

Dann habe ich noch eine Anregung: Es wird immer zwischen Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen unterschieden, wobei ja auch Suchtkranke Menschen sind, die seelische Probleme haben. Hier scheint es aber auch Diskriminierungen in dieser Erkrankungsgruppe zu geben. Als wir Leitlinien für Frauen in der Psychiatrie in einer Präventionsgruppe erarbeitet haben, hat die Vertreterin der Suchtkrankenhilfe gesagt, »das kann ich meinen Frauen nicht zumuten, mit psychischen Erkrankungen in einen Topf geschmissen zu werden«. Das fand ich ziemlich heftig.

Zur Mitarbeit in den Gremien. Ich glaube nicht, dass wir so schwach sind, dass wir gegen die starken Apparate nicht ankommen, aber es dauert eine ganze Weile bis wir unseren Platz dort gefunden haben.

Zuletzt noch kurz zu den Diseasemanagement-Programmen, die ich vom Grundsatz her auch gut finde. Aber der Begriff Disease ist ja nicht gerade etwas, wo man das Gute sieht, sondern wo eher ein Nachteil angesprochen wird. Warum kann man es nicht ability-management nennen, wenn man schon im englischen Bereich bleiben will?

Golfels: Ich möchte auch noch mal an den Ausführungen von Frau Kühn-Mengel anknüpfen. Auch ich kann bestätigen, dass sehr vieles auf den richtigen Weg gebracht worden ist im SGB V. Die Einführung der Patientenbeteiligung und auch die Finanzierung der Selbsthilfe waren richtige Schritte.

Aber die Umsetzung ist in vielen Fällen einfach so, dass es noch nicht richtig funktioniert, beispielsweise bei der dritten Bank im gemeinsamen Bundesausschuss. Natürlich ist es ein großer Fortschritt, dass endlich die

Selbsthilfe qualifizierte Anhörungsrechte an dieser wichtigen Stelle bekommt und Entscheidungen nicht ohne die gefasst werden, die es betrifft. Aber der Ansatz war ja eigentlich, dass man Patienten und Betroffene dort beteiligen wollte, weil sie über eine besondere Art des Wissens verfügen und im Unterschied zu den Leistungsträgern und den Leistungserbringern Erfahrungswissen einbringen können. De facto ist die Zusammensetzung nun so, dass gerade mal ein Drittel der in den Ausschüssen Vertretenen über wirkliches Erfahrungswissen verfügt.

Ein anderer Punkt ist, dass wir das Gefühl haben, dass man die speziellen Probleme gerade bei psychischen Erkrankungen schnell unter den Tisch fallen lässt oder darüber hinwegguckt, weil psychisch Kranke nicht so eine starke Lobby haben.

Bei der letzten Gesundheitsreform wurde eine Zuzahlungsregelung als Steuerungsinstrument eingeführt. Dieses Steuerungsinstrument kann aber bei psychisch Kranken nicht mit den erhofften Wirkungen greifen, denn in diesem Bereich gibt es keine Überversorgung, die man in den Griff kriegen kann, sondern in der Regel eher eine Unterversorgung. Auch die Berücksichtigung psychischer Erkrankungen bei der Chronikerregelung, die auch diesem Personenkreis die Möglichkeit reduzierter Zuzahlung einräumt, ist letztlich unbefriedigend, denn im Prinzip ist hier der ganze Ansatz verkehrt. Für psychisch Kranke darf es überhaupt keine Zuzahlungen geben.

Wir haben den Eindruck, dass bei allen Plänen, ob es jetzt das Präventionsgesetz ist oder zuletzt das Gesundheitswesenmodernisierungsgesetz, die Problematik psychischer Erkrankungen einfach nicht den besonderen Stellenwert erhält, der ihr im Hinblick auf ihre gesellschaftliche Relevanz eigentlich gebührt. Wir bitten daher, dass in Zukunft diese Problematik endlich entsprechend berücksichtigt wird.

Bublitz: Der Diskussionsansatz weitet sich jetzt doch erheblich über das Präventionsgesetz hinaus aus, auf das ich gerne wieder zurückkommen würde, weil ich die Sorge habe, dass sonst vielleicht nicht deutlich genug ausgesprochen wird, was wirklich bei dem Präventionsgesetz herauskommt.

Bei den Spitzenverbänden der Krankenversicherung sind wir der Auffassung, dass, wenn es denn schon ein Präventionsgesetz gibt, es auch einen Mehrwert für Prävention geben muss. Was aber im Moment die Diskussion kennzeichnet, ist im Grunde das große Gezerre um 180 Millionen Euro, die derzeit im Planansatz der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Dieser Betrag soll auf bis zu 250 Millionen Euro durch Anteile von der Rentenversicherung sowie von der Unfall- und ggf. der Pflegeversicherung aufgestockt und in der Bundesstiftung zusammengefasst werden. Dies darf man nicht

vergessen, um nicht falsche Illusion mit einem Präventionsgesetz zu verbinden. Das geplante Präventionsgesetz wird nicht die Welt verändern und alle Versorgungsprobleme eliminieren. Das, glaube ich, muss man schon ganz deutlich sagen.

Deshalb lege ich auch Wert darauf, dass die Begriffsdefinition Inhalt eines Präventionsgesetzes wird. Denn es hieße eine Illusion zu produzieren, wenn sich die Prävention im Grunde auf eine Verbesserung der Lebensverhältnisse in Deutschland richtet, was sicherlich ein präventives Element wäre. Einen solchen Anspruch wird ein solches Gesetz nicht erfüllen können.

Es geht im Moment schlicht und ergreifend um nicht mehr, als die vorhandenen Mittel der Sozialversicherungsträger zu bündeln. Dies ist der Stand in den derzeitigen politischen Diskussionen. Dieser trifft nicht nur für die Bundesregierung zu, sondern ebenso auch für die Bundesländer.

Weiter geht es in der Diskussion gegenwärtig letztendlich nur darum, wer verteilt und wer bekommt dieses Geld, ohne eigenes dazu zu tun. Das halte ich beim Präventionsgesetz für zu kurz gesprungen und appelliere da noch mal an alle Beteiligten, damit unterm Strich mehr dabei herauskommt. Wir müssen auch diskutieren, wie weitere Geldgeber beteiligt und damit auch der Handlungsrahmen erweitert werden kann.

Peukert: Herr Hagelskamp, wir haben gehört, dass es zwei Ebenen von Abstimmungsprozessen gibt, zum einen bezogen auf die Gesundheitsziele, zum anderen bezogen darauf, dass alle an Prävention Beteiligten zur Zusammenarbeit verpflichtet werden, wobei wohl hauptsächlich an die Leistungsträger gedacht wird und nicht an die Leistungsanbieter. Sie gehören zu den Leistungsanbietern und mich würde interessieren, wo ihre Verpflichtung ins Spiel kommt.

Hagelskamp: Ich möchte noch mal den Ansatz von Herrn Isenberg im Hinblick auf die Ausrichtung von Politik verstärken. Ebenso wie beim Gender-Mainstreaming sollte es auch bei der Prävention darum gehen, entsprechende Vorgaben zu machen und alle politischen Entscheidungen auch unter dem Aspekt der Prävention auszurichten und entsprechend zu überprüfen.

Dabei finde ich es entscheidend, was auch der Herr Lauterbach betont hat, nämlich den Fokus auf den Personenkreis von Menschen im unteren Einkommensbereich zu richten und Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei nicht zu vergessen. Dieser Aspekt ist mehrfach und aus unterschiedlichen Perspektiven im Verlauf dieser Tagung angesprochen worden.

Ich möchte noch einen weiteren Punkt ansprechen, der die Selbsthilfeförderung betrifft. Im Herbst letzten Jahres gab es schon einen sehr positiven Ansatz zur Weiterentwicklung in Richtung einer Poolförderung, die der

richtige Weg ist. Auch die Politik hat den hier bestehenden Handlungsbedarf erkannt, der dann aber nicht umgesetzt worden ist. Wir sind sozusagen auf das Präventionsgesetz vertröstet worden. Von daher besteht die Hoffnung, dass dieser Gedanke der Poolförderung für die Selbsthilfe bei der Novelle des § 20 Abs. 4 SGB V als eigenständige Rechtsnorm wieder aufgenommen wird.

Peukert: Nachdem wir viel darüber diskutiert haben, was präventive Aktionen sein können, ist nun noch ein weiterer Gesichtspunkt hinzugekommen, dass Prävention eine Grundlage politischen Handelns werden soll, so dass künftig zum Beispiel auch Gesetze unter diesem Gesichtspunkt betrachtet werden. Das war im Grunde auch schon eine indirekte Botschaft von Herrn Lauterbach.

Rumpl-Heisig: Ich arbeite in einem Präventions- und Therapiezentrum für Menschen in ersten psychotischen Krisen und bei Ersterkrankung in Gelsenkirchen. Dieses Projekt wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert und wissenschaftlich begleitet von der Universität Aachen. Daneben bin ich Sprecherin des DGSP-Fachausschusses Psychotherapie, der sich im Übrigen schon sicher drei Jahre mit Früherkennung und Frühbehandlung beschäftigt.

Mir ist wichtig zu sagen, dass ich heute Morgen doch erstaunt war über die – zugespitzt ausgedrückt – Psychotherapie-feindlichen oder ignorierenden Vorträge der Fachleute. Und ich fände es schade, wenn in dem neuen Präventionsgesetz, das ich nicht überfrachten will, die Psychotherapie für psychisch kranke Menschen wieder zu kurz käme oder so kurz käme wie sie bis jetzt auch gekommen ist. Gerade im ambulanten Bereich haben wir das Problem, dass in den psychotherapeutischen Praxen nur sehr wenig psychisch kranke Menschen landen, weil die Bedingungen einfach nicht adäquat sind. Meiner Meinung nach müssten für diesen Personenkreis psychotherapeutische Angebote in das gemeindepsychiatrische Netz eingebetet sein

Mich würde interessieren, was Frau Kühn-Mengel oder Herr Bublitz dazu sagen, ob dies überhaupt geht und ob über das neue Präventionsgesetz diese Möglichkeit der Psychotherapie angedacht ist. Von den Betroffenen und von Angehörigen ist mehrmals angesprochen worden, dass es hier Bedarf gibt, und den sollte man auch ernst nehmen.

Peukert: Ich habe den Verdacht, dass diese Frage auf einer ganz anderen Ebene liegt als dem Präventionsgesetz. Möchten Sie darauf antworten, Frau Kühn-Mengel?

Kühn-Mengel: Ich vermute, Sie wünschen sich mehr Raum für die psychotherapeutische Behandlung im Gesundheitswesen. Zum Teil wurde das

ja mit dem Psychotherapeutengesetz geregelt, dessen Verabschiedung ein ganz schwieriges Verfahren war, bei dem auch deutlich wurde, dass es Verteilungskämpfe im System gibt, die bis heute andauern. Ich will das jetzt nicht näher vertiefen, aber darauf hinweisen, dass wir beim Psychotherapiegesetz sehr dafür gekämpft haben, dass es eine Psychotherapievielfalt gibt auch bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die aber nicht realisiert werden konnte. Es sind nur ganz wenige Verfahren, die Richtlinienverfahren, die hier berücksichtigt sind.

Dass die Bedeutung der psychischen und der psychosomatischen Erkrankungen groß und deren Berücksichtigung auch beim Präventionsgesetz wichtig ist, hat nicht zuletzt dieser Kongress gezeigt.

Peukert: Ich habe jetzt drei Wortmeldungen gesehen und werde die Fragen erst einmal sammeln, bevor sie dann vom Podium aufgegriffen werden.

Rave: Ich möchte einen Gedanken bzw. eine Sorge einbringen: In der Psychiatrie haben wir ja das Problem und die Gefahr, dass wir uns den leichter Kranken zuwenden und die Schwerkranken außer Acht lassen; diese Sorge habe ich auch bezüglich der Prävention.

Es ist natürlich uns allen klar, und Frau Kühn-Mengel hat nochmals darauf hingewiesen: Gerade die Schwerkranken drängen sich nicht zur Behandlung. Gerade die Schwerkranken gehen nicht zur Apotheke und gerade die Schwerkranken kommen nicht zu uns, sondern wir müssen Wege finden, wie wir uns mit ihnen verbünden und wie wir ihr Vertrauen langsam gewinnen.

In diesem Zusammenhang war mir der lebensweltliche Vorschlag von Herrn Dörner wichtig, der auf Familie, Nachbarschaft und Kommune Bezug nimmt. Weiter ist mir wichtig, dass zum Beispiel die lebensweltlichen schulischen Präventionsmaßnahmen aus Hamburg und Leipzig, die gestern vorgestellt wurden, ihre Chance haben und nicht in ihren Planungen untergehen.

Durch solche lebensweltlichen Ansätze werden auch diejenigen Patienten erfasst, die schwerer krank sind und die so leicht und immer wieder untergehen.

N.N.: Ich habe zwei Anregungen. Zum einen veranstaltet das Innenministerium meines Wissens schon seit zehn Jahren Präventionstage, und ich könnte mir vorstellen, dass möglicherweise zwischen dem Forum Prävention und diesen Deutschen Präventionstagen Synergieeffekte zu erzielen sind.

Zum anderen möchte ich den Vorschlag von Herrn Dörner aufgreifen, in Form einer Präambel alle Beteiligten in einen gemeinsamen Geist zu zwingen, um für die Prävention ein solidarisches System zu erarbeiten. Vielleicht können wir uns hier darauf einigen, eine Resolution zu verabschieden und diese den Podiumsteilnehmern als Aufgabe mitgeben.

N.N.: Ich oute mich als Betroffene, und zwar bin ich statistische Ausreißerin. Als Akademikerin gehöre ich nicht zur Unterschicht und bin damit eine statistische Ausreißerin, wenn ich die Ausführungen von Herrn Lauterbach richtig verstanden habe.

Ich habe eine psychiatrische Diagnose seit 13 Jahren – eine Schwerstdiagnose, so wie ich das mal von Fachleuten gehört habe. Und trotzdem fühle ich mich auf irgendeine Art auch gesund. Ich bin erst seit sehr kurzem bei der Selbsthilfe und in Niedersachsen Mitglied des BPE. Mein ursprünglicher Beruf ist Sonderberufschulpädagogin.

Ich glaube, dass das Thema Prävention auf jeden Fall in die Schulklassen gehört. Es gibt in Niedersachen das Projekt LiDo – Lernorte im Dialog, das von der Universität Hannover initiiert wurde und sich gegen die Gewalt bei den so genannten Unterschicht-Jugendlichen richtet.

Was ich zu Herrn Lauterbach sagen wollte: Ich glaube an ihre Statistiken nicht. Ich glaube nicht daran, dass die Unterschicht irgendwie prädestiniert ist, psychisch krank zu werden. Ich habe eigentlich selten so gesunde Schüler erlebt. Sie sind rebellisch, aber sie sind nicht ungesund. Sie werden aber ganz schnell in diese Ecke gedrängt.

Ich habe mit ganz vielen Opfern, missbrauchten Frauen, dagesessen. Sie sind oft aus der Unterschicht, aber auch aus der Mittelschicht und aus der Oberschicht. Und da gibt es auch Statistiken, dass auch Richter ihre Töchter missbrauchen. Ich habe solche Töchter kennen gelernt. Und ich möchte einfach mal dafür reden, dass wir in vielen Punkten traumatisiert sind.

Und ich glaube, dass Prävention ist wirklich dieses Wort der Achtsamkeit, der Achtung. So appelliere ich, uns ernst zu nehmen, wir haben etwas zu sagen, wir können euch sagen wie Haldol und Co. wirkt. So zum Beispiel Zyprexa; ich habe Zyprexa meine 15 Kilo Übergewicht zu verdanken. Zyprexa und Co. – mehr kann ich nicht dazu sagen. Ich habe fast alles durch. Nehmen sie uns ernst, wir wollen trialogisch arbeiten und dies ist auch ein Angebot von uns. Wir sind eigentlich nicht diejenigen, die sich isolieren, sondern es macht auch die Gesellschaft.

Tück: Ich bin Vertrauensmann der schwerbehinderten Suchthelfer und ehrenamtlicher Sozialrichter. Wenn ich beispielsweise beraten soll, weil es Auffälligkeiten oder Probleme gibt, dann muss ich in der Lage sein, Hinweise zu geben, was getan werden kann, wo sich die Menschen hinwenden können. Im Augenblick arbeite ich sehr gerne mit einem Buch, in dem die Selbsthilfegruppen aufgeführt sind. Ich kann dann als erste Hilfe sagen, hier gibt eine Selbsthilfegruppe, die in etwa dein Problem anrührt, vielleicht versuchst du es mal damit. Aber eine allgemeine Hilfe, wo und wie ich Prävention an-

schieben kann, ist nicht da. Von daher mein Wunsch an das Präventionsgesetz, dass es auch hierzu Hilfe bietet und uns in die Lage versetzt, es auch anzuwenden.

Flemisch: Ich würde mich gerne so vorstellen, wie ich das in meiner Selbsthilfegruppe tue. Ich sag: Ich bin Otto. Ich liebe mein inneres Kind. Mir geht's gut.

Ich spreche Frau Kühn-Mengel an: Ich nehme ernst, was Sie gesagt haben, Sie wollen Zielgruppen ansprechen – und psychisch Kranke ziehen sich zurück. Ich bin Betroffener. Ich bin ehemals Betroffener, ich bin auch Angehöriger und zugleich auch Profi, weil ich seit dreißig Jahren an meiner Erkrankung hart arbeite. Ich fordere Sie auf, mich in Ihre Zielgruppe aufzunehmen, denn ich bin tertiär gefährdet und benötige sekundär Prävention. Ich gebe Ihnen meine Telefonnummer. Es genügt mir, wenn Sie mich einmal pro Jahr anrufen und sich nach meinem Befinden erkundigen. Denn dann wissen Sie, ob es mir gut geht oder ob ich mich schon wieder zurückgezogen habe.

Außerdem haben sie erwähnt, dass Ministerien nicht gelernt haben miteinander zu arbeiten. Im Austausch, dass ich also nicht nur Ihr Angebot annehmen will, biete ich auch meine Hilfe durch das an, was ich in diesen dreißig Jahren gelernt habe von meiner Erkrankung und durch die Selbsthilfe: das Zuhören, das miteinander Reden und das miteinander Arbeiten.

Frau Fischer: Ich möchte mich bedanken für diese Tagung, die ich hier miterleben durfte. Es war die Erste bei der Aktion Psychisch Kranke. Ich gehöre zum Bundesverband der Angehörigen. Begonnen haben wir beim Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen in Bonn, bei dem es die erste Angehörigenbeteiligung auch an öffentlichen Tagungen gab.

Ich bin seit 25 Jahren in der Selbsthilfearbeit. Ich habe die Enquete von Anfang an und sehr viele Fortschritte miterlebt, aber sie gehen verdammt langsam. Wir haben früher gesagt, wir machen zwei Schritte vorwärts und einen zurück. In letzter Zeit könnte man das fast umdrehen. Wir machen einen Schritt vorwärts und zwei zurück, nämlich da, wo es um die Finanzierung von Projekten geht.

Außerdem: Wir kämpfen seit vielen Jahren immer um die selben Punkte. Um die Einbeziehung von Angehörigen und das Einbeziehen von Betroffenen, die sich auch zu einem Verband zusammengeschlossen haben. Deswegen hat mir vorhin die Aussage von Herrn Lauterbach gefallen, dass wir alle, die Profis, die Betroffenen, die Angehörigen, dass jede Gruppe die andere in das mit einbeziehen muss, was wir gemeinsam wollen. Ich hoffe, dass diese Tagung ein Schritt in diese Richtung war, wir uns daran erinnern und gemeinsam weiterarbeiten werden.

Kunze: Bei Prävention wird über den lächerlichen Betrag von 250 Millionen gesprochen und die Frage, wie dies Geld verteilt werden soll. Nun hat Prof. Lauterbach mit seinem Vortrag an Hand von epidemiologischen Zahlen deutlich gemacht, dass es einen starken Zusammenhang gibt zwischen Armut, körperlichen Erkrankungen und psychischen Erkrankungen. Dies war auch ein zentraler Gedanke im Vortrag von Prof. Warner, der über eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zu konkreten Projekten und Maßnahmen in den USA berichtete, die zeigen, dass die Überwindung von Arbeitslosigkeit, Armut und schlechter somatischer medizinischer Versorgung sehr wirksam auch im Sinne psychiatrischer Prävention ist. Aus den von ihm referierten Forschungsergebnissen wird ersichtlich, »dass effektive Prävention in der Psychiatrie wahrscheinlich keine psychiatrische Vorbeugung erfordert, sondern vielmehr medizinische und soziale«.

Wenn wir die für Krankenversorgung erforderlichen Mittel im Gesundheitssystem einschließlich der Leistungen zur Kompensation von Armut und Arbeitslosigkeit berücksichtigen, ergibt sich hierfür ein Ressourcenverbrauch im Vergleich zu den Aufwendungen für Prävention, der wahrscheinlich über 99 zu 1 liegt. Wenn aber in diesem Bereich ganz erhebliche Präventionspotenziale stecken, dann stellt sich die Frage, wie diese Ausgaben auch zugunsten von Präventionszielen wirksam gemacht werden können.

Wird es gelingen, die jeweils laufenden Aktivitäten der Krankenversorgung, der Rehabilitation und der Aufwendungen wegen Armut und Arbeitslosigkeit auch unter präventiven Gesichtspunkten so zu steuern, dass die Interaktionen zwischen Armut, körperlicher Krankheit und psychischer Erkrankung gemildert werden können, zumindest auf der Ebene der sekundären und tertiären Prävention? Kann man das Präventionsgesetz auch zu einem Steuerungsgesetz machen und entsprechende Prozesse und Aufgabenstellungen auf den Weg bringen?

Peukert: Herr Lauterbach. Damit leite ich gleichzeitig die letzte Runde auf dem Podium ein.

Lauterbach: Den Eindruck von Frau Fischer kann ich nur bestätigen: Manchmal macht man zwei Schritte zurück und einen nach vorne oder manchmal sind es zwei nach vorne und einer zurück. Das ist das Schicksal jeden sozialen Fortschritts, der – ebenso wie die Demokratie – jeden Tag verteidigt werden muss.

Hier gibt es keine Entwicklung, bei der man etwas erreicht und dann bleibt dies erhalten oder geht automatisch weiter. Vielmehr gibt es nie Stillstand – an jedem Tag geht es entweder nach vorne oder zurück. Im Moment ist aus meiner Sicht wieder so eine Phase, wo es zwei Schritte nach vorne

geht und einen zurück. Im Moment ist Fortschritt da, aber dazu ist die Unterstützung aller notwendig und jeder vermeidbare Streit unter denen unverzeihlich, die an für sich Fortschritt wollen. Die kleine Gruppe derer, die in diesem Bereich einen Fortschritt bewegen wollen, darf sich nicht über die fünf Prozent entzweien, die uns trennen und die 95 Prozent der Gemeinsamkeiten übersehen.

Zur Frage, wie das Präventionsgesetz am besten genutzt werden kann: Das Präventionsgesetz kann auf zweierlei Art und Weise genutzt werden. Wenn in den 250 Millionen die Leistungen selbst im Vordergrund stehen, dann ist das mit ein paar Projekten verbraucht. Denn die Leistungen sind teuer im Vergleich zur Steuerung. Würden aber die 250 Millionen genutzt, um damit die sowieso zur Verfügung stehenden Regelleistungen in die Belange der Prävention zu steuern, würde man natürlich ein Vielfaches erreichen und damit eine Menge bewegen können. Die gleiche Auseinandersetzung um die Frage, ob aus einem Budget Regelleistungen oder nur Steuerungsleistungen finanziert werden sollen, haben wir derzeit bei der integrierten Versorgung: Bei der integrierten Versorgung gibt es ein Anschubbudget von ungefähr von 650 Millionen Euro. Es wird gespeist aus der Vergütung der Ärzte und der Krankenhäuser. Und die Gegner der integrierten Versorgung argumentieren, dass bei diesen 650 Millionen Euro die Regelversorgung mitgerechnet werden muss. Dann lassen sich mit diesem Budget nur ein paar Projekte realisieren.

Es wird also darauf ankommen, dass das Präventionsgesetz so klug geschrieben wird, dass auf die verfügbare Summe nur die Zusatzaufwendungen für die Steuerung angerechnet werden.

Zum Schluss noch kurz zu dem Aspekt des Zusammenhangs von Armut und psychischer Erkrankung. Mit meinen Ausführungen wollte ich niemanden diskriminieren. Es gibt durchaus sehr wohlhabende, intelligente und sehr begabte psychisch Kranke. Es gibt beispielsweise reiche Künstler, die nach wie vor produktiv und gleichzeitig psychisch erkrankt sind. Dies darf nicht darüber wegtäuschen, dass Armut und psychische Erkrankung Hand in Hand gehen und zwar auch für diejenigen, oft auch für diejenigen, die gar nicht arm gestartet sind. Die psychische Erkrankung macht häufig arm. Nun soll zwar jeder, dem es auf der Grundlage eigener Stärke gelingt, diesen Teufelskreis zu durchbrechen, ein Vorbild für andere sein. Aber dieses Vorbild für andere ist die Ausnahme und darf nicht die Regel legitimieren. Hier muss mehr Geld aus der Regelversorgung in die Behandlung dieser Erkrankungen kanalisiert werden.

Wir haben in unserem Sachverständigengutachten 2001 viele Bereiche der Überversorgung, der Fehlversorgung benannt, aber wir haben auch festgestellt, dass bei psychischen Erkrankungen in Deutschland schwerpunktmäßig eine Unterversorgung besteht. Daraus hat sich aber bei der Verteilung der Mittel keine Prioritätenverlagerung auf der Ebene der Krankenhäuser oder der Kassenärztlichen Vereinigungen oder auch der Krankenkassen ergeben. Hier sind zwar Impulse von der Politik und von den Experten gekommen – ich sage mal: klassische verhasste top down Impulse, aber von unten ist aus meiner Sicht zu wenig gekommen. Hier ist ein Bereich, in dem die Unterversorgung nicht beseitigt werden konnte, obwohl sie klipp und klar wissenschaftlich belegt werden konnte und es eine Regierung gab und gibt, die der Beseitigung dieser Unterversorgung Pate gestanden hätte.

Peukert: Vielen Dank Herr Lauterbach. Wenn die anderen Teilnehmer des Podiums noch etwas sagen möchten, dann besteht jetzt noch eine Möglichkeit, weil ich abschließend gerne Frau Kühn-Mengel das letzte Wort hier geben würde.

Barteld-Paczkowski: Die Ausführungen von Herrn Lauterbach kann ich nur bestätigen. Man startet nicht ganz arm, aber wenn man dann in die nachsorgenden Einrichtungen gerät und man ist eben nicht ganz arm, dann wird man ganz arm, weil man das alles selber bezahlen muss. Deshalb machen ganz viele Menschen von diesen Angeboten keinen Gebrauch.

Kühn-Mengel: Einige der Beiträge waren Appelle, die Betroffenen wirklich auch anzunehmen, zu hören und auf ihre Erfahrungen zurückzugreifen. Das will ich gerne tun.

Zu dem Beitrag von Frau Fischer, die gesagt hat, wie lange sie schon um die Einbeziehung der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen kämpft, kann ich sagen, dass wir in der Politik immer einen ganz langen Atem brauchen. Ich bin dreißig Jahre in der Politik, den größten Teil davon ehrenamtlich und manchmal stehe ich neben mir und denke: Das hast du doch alles schon hunderttausendmal gesagt. Diesen langen Atem werden wir auch bei der Prävention brauchen.

Spätestens seit der neuen WHO-Definition von 1986 wissen wir, dass Gesundheit nicht nur Abwesenheit von Krankheit ist und Lebensqualität, Lebensumwelt und psychische Zufriedenheit mit eine Rolle spielen. In der Politik werden diese Aspekte aber erst seit einigen Jahren wirklich forciert behandelt – aber besser spät als nie.

Dass das Innenministerium regelmäßig Präventionstage macht, ist an mir völlig vorbei gegangen. Wir werden natürlich überprüfen, wie erfolgreich die waren.

Professor Warner hat gestern darauf hingewiesen, wie wichtig frühes Auffangen, frühe Förderung und Empowerment sind. Ich kann das nur

unterstreichen. Ich glaube nicht an die Kraft der Gene. Es mag Dispositionen geben, aber ich habe von meinen 25 Berufsjahren wenigstens zehn in einem sozialen Brennpunkt gearbeitet. Ich habe strahlende, aktive Säuglinge gesehen, die nach kürzester Zeit durch die Einwirkung von Gewalt verelendet waren. In genau diesem Lebensumfeld habe ich auch gesehen, dass Empowerment auch mit Leben gefüllt werden und man auch hier die Menschen erreichen kann. Ich glaube an die Möglichkeit zur Veränderung und deswegen ist mir auch der ganze Bereich der Prävention so wichtig. Wenn man Veränderung will, muss man die Menschen aber auch in ihrer Sprache ansprechen. Als Patientenbeauftragte bin ich seit Monaten auch im Kontakt mit Patienten und Patientinnen und weiß, wie wichtig Sprache und Vermittlung sind. Das hat ganz viel mit Partizipation zu tun.

Auch der Vertrauensmann der Schwerbehinderten hat völlig Recht, wenn er noch mal auf Teilhabe und die Bedeutung von Arbeit hinweist. Diese Aspekte sind bereits gestern vielfach betont worden.

Ebenso wichtig ist, was Prof. Dörner immer betont: Veränderungen müssen in der Kommune, im Lebensumfeld der Menschen ansetzen. Ich beschreibe das immer mit dem Herunterzonen von nationalen Zielen. Das wird nicht ganz einfach, aber es ist so viel Infrastruktur und so viel professionelles und ehrenamtliches Wissen in Deutschland, dass wir einfach den Einstieg in diesen umfassenden Prozess beginnen sollten. Es kann alles verbessert werden, man muss nur erst mal anfangen.

Abschluss und Ausblick

Peter Kruckenberg

Diese Tagung kam zum rechten Zeitpunkt. Nicht nur, weil das Präventionsgesetz vor der Tür steht und sich noch Gestaltungsmöglichkeiten bieten – Staatssekretär Dr. Theo Schröder, die Patientenbeauftragte Helga Kühn-Mengel und der Behindertenbeauftragte Karl Hermann Haack haben das deutlich gemacht. Sie haben auch in unterschiedlicher Weise ihre Befriedigung darüber zum Ausdruck gebracht, dass bei der Umgestaltung in Richtung personenzentrierter integrierter gesundheitlicher und sozialer Hilfen die Psychiatrie seit der Enquete eine Vorreiterfunktion für das Gesundheitswesen übernommen hat.

Aber auch für die Psychiatrie gilt: Prävention vor Behandlung und Rehabilitation. Schon in der Psychiatrieenquete gab es dazu Impulse (s. Beitrag Peukert), aber es gibt noch kein Rahmenkonzept für die Umsetzung. Welche Anregungen hat diese sehr lebendige und vielseitig gestaltete Tagung dazu gegeben? Dazu in Thesen vier Punkten:

1. Auch Prävention hat Nebenwirkungen. Prävention kann schädlich oder unnütz sein.

Prävention darf nicht einmünden in Rasterfahndungen nach einer Vielzahl von Risiken mit der Ideologie, damit Krankheiten verhindern zu können. Was wir am wenigsten gebrauchen können, sind Heerscharen von auf die eine oder andere Weise neu stigmatisierten Menschen.

Prävention darf auch nicht zu unsinniger Breitband-Frühbehandlung führen (s. Beitrag Warner), die möglicherweise viele im aufwändigen Screening falsch positiv charakterisierte Personen betreffen würde.

Und Prävention darf nicht kostspielige unwirksame Kampagnen und Programme bündeln (»Faltblattprävention«), die unüberprüft und unkoordiniert Ressourcen binden (s. Beitrag Wienberg). Hier muss Widerstand gegen die Anbieterlobby geleistet werden.

2. Prävention ist wirksame Gesundheitsförderung

Prävention ist immer wirksame Gesundheitsförderung oder sie ist keine – jedenfalls im Gesundheits- und Sozialwesen. Die präventiven Möglichkeiten ordnungspolitischer Maßnahmen z. B. der Zugangsbeschränkungen zu Suchtmitteln müssen beachtet bleiben (Wienberg).

Die Förderung seelischer Gesundheit ist praktisch immer verbunden mit einer besseren Integration in soziale Netzwerke. Armut und Ausgrenzung sind mit erhöhten körperlichen Risiken und insbesondere auch psychischen Risiken verbunden (z. B. Lauterbach).

Es ist deshalb außerordentlich zu begrüßen, dass die Politiker in ihren Referaten zur Vorbereitung des Präventionsgesetzes ausdrücklich den Vorrang von »setting«-bezogenen Programmen betont haben (Schröder, Kühn-Mengel, Haack). Es entspricht auch den wissenschaftlichen Erfahrungen: lebensraum- und zielgruppenbezogene Programme zur Förderung von sozialer Kompetenz, Gesundheitsverhalten und Teilhabe sind am ehesten wirksam und sie erfordern fast immer das Zusammenwirken des Sozial- und Gesundheitswesen mit dem Bildungswesen und nicht selten auch den Ordnungsbehörden, wobei die psychiatrisch-psychotherapeutische Kompetenz in die Teamarbeit einzubringen ist und soweit möglich subsidiär bleiben soll.

Zur Unterstützung und Frühbehandlung von Menschen mit psychischen Risiken sind niedrigschwellige Zugangswege wichtig, die mit dem regionalen integrierten regionalen Hilfesystem vernetzt sind, z. B. frei zugängliche psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (Peukert, Obert), Lehrerberatung, Wohnungslosenhilfe, Arbeitslosenhilfe.

Die Wirksamkeit von Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen und Angehörigen kann nicht überschätzt werden (z.B. Zingler, Seifert). Hier ist noch konzeptionelle und evaluierende Arbeit zusammen mit Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen zu leisten, um Rahmenkonzepte für eine Förderung zu erarbeiten, die ausreichenden Freiraum für die Selbstgestaltung der Gruppen einerseits und zielorientierte verantwortliche Aufgabenübernahme andererseits ermöglicht.

Schließlich ist die Möglichkeit spezieller indizierten Prävention für umschriebene Zielgruppen vorzusehen, etwa der zugehenden Schwangerschaftsbegleitung durch Hebammen bei Schwangeren mit schweren psychischen Störungen oder in schwierigen sozialen Lagen, für die es die Häufigkeit vorgeburtlicher und geburtlicher Schädigungen erheblich reduzieren kann (Warner).

3. Bei sekundärer und tertiärer Prävention bestehen Umsetzungsdefizite

Sekundäre und tertiäre Prävention bräuchte eigentlich kein Präventionsgesetz, wenn die im Sozialgesetzbuch zusammengefassten Leistungsgesetze einschließlich der gebotenen Koordination (SGB I, SGB IX, SGB X) von der Selbstverwaltung konsequent umgesetzt würden.

Leider hat sich gezeigt, dass die Selbstverwaltung von Leistungsträgern und Leistungserbringern sich bisher nicht entscheiden konnte, Eigeninteressen gegenüber Klienteninteressen angemessen zurückzustellen und kreative integrierte Konzepte zu erarbeiten und umzusetzen (z.B. Haack). Psychisch Kranke, die ihre Interessen besonders schlecht vertreten können, werden bei der Umsetzung praktisch sämtlicher Sozialgesetze – vielleicht mit Ausnahme des BSHG – gegenüber somatisch Kranken benachteiligt. Viele Leistungen werden gesetzeswidrig gar nicht, geschweige denn koordiniert erbracht.

Hier hat das SGB IX neue Maßstäbe gesetzt, neue Zugangswege geschaffen (Servicestellen) und Vorgehensweise definiert (enge Fristen für die Antragsbescheidung, Verbandsklage). Das SGB V hat neue Möglichkeiten für die integrierte Versorgung eröffnet. Ein aktiver Gestaltungswillen der Selbstverwaltung ist jedoch mit Ausnahme von Teilbereichen nicht zu erkennen.

Der Gesetzgeber hat dies registriert und damit begonnen, vermehrt Vorschriften zur Qualitätssicherung, aber auch zur Überprüfung der Umsetzung von Sozialgesetzen festzulegen (z.B. § 66 SGB IX). Dies sind erste Schritte auf dem Wege zu einer »lernenden Gesetzgebung«. Auch im Präventionsgesetz sollte die Berichterstattung über die Umsetzung und die Evaluation der Ergebnisse geregelt werden. Da bei solchen Gelegenheiten psychische Erkrankungen gewöhnlich unerwähnt bleiben, sollten im Gesetzestext oder in der Begründung Forderungen nach einer differenzierten Berichterstattung zu den wesentlichen Bereichen des Gesundheitswesens aufgenommen werden.

4. Absicherung primärer Prävention

Im Präventionsgesetz soll die primäre Prävention endlich den gebotenen Stellenwert erlangen. Die gesetzlichen Vorgaben sollen vor allem die Grundsätze Transparenz, Partizipation und Qualität (Kühn-Mengel) in konkrete Regeln fassen.

Primäre Prävention braucht Finanzierung. Basierend auf § 20 SGB V haben die gesetzlichen Krankenkassen eine Stiftung auf den Weg gebracht, an der sich andere Leistungsträger beteiligen sollten, aus meiner Sicht nicht nur die Unfallversicherung und die Rentenversicherung, sondern auch die Agentur für Arbeit und die für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und für das Bildungswesen zuständigen Leistungsträger bzw. Ministerien.

Aufgabe dieser Stiftung muss sein, ein Rahmenkonzept für regionale primäre Prävention und Rahmenrichtlinien für Programme zu erarbeiten, die Umsetzung zu überprüfen und Konzepte und Richtlinien fortzuschreiben. Dies

ist sinnvoll nur möglich, wenn neben den Leistungsträgern auch die Politik (incl. Patientenbeauftragte und Behindertenbeauftragter), die Wissenschaft, Fachverbände wie die Aktion Psychisch Kranke und Vertreter der Selbsthilfeinitiativen von Betroffenen und Angehörigen einbezogen werden.

Die konkrete Umsetzung der primären Prävention erfolgt auf Landes- und Kommunalebene in ähnlichen transparenten Steuerungsprozessen, z.B. »Gesundheitskonferenzen«. Auf örtlicher Ebene muss die Kommune unter Einbeziehung ihres Auftrags zur Daseinsfürsorge eine koordinierende Funktion übernehmen, damit unter Beachtung der lokalen demographischen sozialen und wirtschaftlichen Besonderheiten ein Präventionskonzept erarbeitet, öffentlich erörtert, evaluiert und regelmäßig fortgeschrieben werden kann.

Der Anstoß zur Beachtung primärer Prävention, d.h. zur Förderung körperlicher und seelischer Gesundheit, kann auf diese Weise Entwicklungen zur Zukunftsgestaltung im Sinne »lernender Kommune« unterstützen.

Die Aktion Psychisch Kranke wird sich nicht nur an Beratungen zum Präventionsgesetz, sondern auch an der konzeptuellen Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen bis hin zur regionalen Umsetzung von integrierten Konzepten primärer Prävention beteiligen.

5. Steuerung der Prävention

Die zusätzlichen Finanzmittel für Prävention sollten vorrangig zur Finanzierung der *Steuerung* primärer Prävention eingesetzt werden (Lauterbach). Einzelfallbezogene präventive Maßnahme bei Hochrisikogruppen sowie sekundäre und tertiäre Prävention sind ebenfalls zu verstärken. Sie sollten grundsätzlich vom jeweils zuständigen Leistungsträger finanziert werden. Über die regionale Präventionssteuerung ist sicherzustellen, dass dies in Kooperation der Leistungsträger geschieht und keine Zielgruppen, z.B. psychisch kranke Menschen, in ›Zuständigkeitslöcher‹ fallen.

Kritisch anzumerken ist, dass sich die derzeit diskutierten Vorschläge fast ausschließlich auf den Bereich der Primärprävention beziehen. Die notwendige Stärkung der Prävention in der Rehabilitation unterbleibt, ebenso die erforderlichen Modifikationen in der Sekundärprävention (Walter). Die Wirksamkeit sekundärer und tertiärer Prävention bei (ehemals) psychisch kranken Menschen ist evident und verfügt nicht nur im Bereich der Suchtprävention über eine lange Tradition. Die Entwicklung entsprechender Maßnahmen und Angebote ist dringend erforderlich. Dies sollte über die regionale Präventionssteuerung sichergestellt werden.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Dr. Josef Bäuml, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Dagmar Barteld-Paczkowski, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V., Detlev-H.-Rötger-Str. 48, 25524 Itzehoe

Dr. Hartmut Berger, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Walter-Picard-Klinik, Postfach 1362, 64550 Riedstadt

Prof. Dr. Mathias Berger, Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums der Albert-Ludwig-Universität, Hauptstr. 5, 79104 Freiburg

Dr. Christian Berringer, Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Jägerstr. 9, 11017 Berlin

PD Dr. Thomas Bock, Leiter Sozialpsychiatrische Ambulanz und Krisentagesklinik, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Thomas Bublitz, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg

Prof. Dr. Klaus Dörner, ehemaliger Direktor der Westfälischen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie, Nissenstr. 3, 20251 Hamburg

Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universität Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm

Reinhard Gielen, Architekt, Irre menschlich e.V. Hamburg, c/o Universitätsklinikum Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Margit Golfels, Geschäftsführerin, Familienselbsthilfe Psychiatrie – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Thomas-Mann-Str. 49 a, 53111 Bonn

Dr. Sabine Griebel, Schering AG, Betriebsärztlicher Dienst, Müllerstr. 176–178, 13353 Berlin

Dr. Eberhard Virtus Grosch, Landesversicherungsanstalt Hannover, Lange Weihe 2, 30880 Laatzen

Karl-Hermann Haack, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Jägerstr. 9, 11017 Berlin

Joachim Hagelskamp, Der Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, Oranienburger Str. 13–14, 10178 Berlin

Prof. Dr. Martin Hambrecht, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Evangelischen Krankenhaus Elisabethenstift, Landgraf-Georg-Str. 1000, 64287 Darmstadt

Christel Hansing, Mitglied der Münchener Psychiatrie-Erfahrenen und der Selbsthilfegruppe »Miteinander reden« Bad Tölz, Günther-Eich-Str. 7, 83661 Lenggries

Susanne Heim, Psychiatrie-Erfahrene Angehörige, Gabelsbergstr. 10, 50939 Köln

Martina Hoffmann-Badache, Landesrätin, Landschaftsverband Rheinland, Dezernat Soziales und Integration, Hermann-Pünder-Str. 1, 50679 Köln

Jörg Holke, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke e. V., Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn

Thomas Isenberg, Leiter des Fachbereichs Gesundheit/Ernährung, Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Markgrafenstr. 66, 10939 Berlin

Joachim, Erster Intergruppensprecher, Emotions Anonymous Interessengemeinschaft e. V., Katzbachstr. 33, 10965 Berlin

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Leonore Julius, Vorstandsmitglied der Familienselbsthilfe Psychiatrie – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Thomas-Mann-Str. 49 a, 53111 Bonn

Prof. Dr. Annelie Keil, Zentrum für Public Health, Universität Bremen, Grazerstr. 2 a, 28359 Bremen und Netzwerk Zukunftsgestaltung und seelische Gesundheit Bremen, Landstraße 16, 27628 Sandstedt-Rechtebe

Dr. med. Ulrich Kemper, Chefarzt der Bernhard-Salzmann-Klinik und des Zentrums für Suchtmedizin der Westfälischen Klinik Gütersloh, Hermann-Simon-Str. 7, 33334 Gütersloh

Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke e. V., Eystruper Str. 6, 28325 Bremen

Ulrich Krüger, Geschäftsführer, Aktion Psychisch Kranke e. V., Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn

Helga Kühn-Mengel, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten und Patientinnen, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke e. V., Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, stellvertretender Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke e. V., 34306 Bad Emstal

Prof. Dr. Karl W. Lauterbach, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Str. 176–178, 50935 Köln

Beate Lisofsky, Journalistin, Familienselbsthilfe Psychiatrie – Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Pressebüro Berlin, Mannheimer Str. 32, 10713 Berlin

Dr. Manfred Lütz, Chefarzt des Alexianer-Krankenhauses, Kölner Str. 64, 51149 Köln

Dr. Klaus Obert, Diplom-Pädagoge, Sozialpsychiatrischer Dienst Bad Cannstatt, Kneippweg 8, 70374 Stuttgart

Prof. Dr. Reinhard Peukert, Fachhochschule Wiesbaden, Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke e. V., Kurt-Schumacher-Ring 18, 65197 Wiesbaden

Dr. Gabi Pitschel-Walz, Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltenstherapie, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Str. 22, 81675 München

Prof. Dr. Stefan Priebe, East London and The City Mental Health NHS Trust, Trust Headquarters, East One, 22 Commercial Street, London E1 61LP

Sybille Prins, Verein Psychiatrie-Erfahrene, Bielefeld, August-Bebel-Str. 155, 33602 Bielefeld

Dr. Manuela Richter-Werling, Journalistin und Geschäftsführerin, Irrsinnig menschlich e. V., Johannisallee 20, 04317 Leipzig

Regina Schmidt-Zadel, Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke e. V., Beauftragte der Landesregierung Nordrhein-Westfalen für die Belange von Menschen mit Behinderung, Brungsgasse 4–6, 53117 Bonn

Dr. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

Jutta Seifert, stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Angehörigengruppe Gießen, Am Steg 22, 35392 Gießen

Prof. Dr. Fritz B. Simon, Lehrstuhl für Führung und Organisation an der Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten

Dr. med. Stephanie Stock, Gesundheitsökonomin (ebs), Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Str. 176–178, 50935 Köln

Dr. Bodo Vollhardt, Oberarzt der Abteilung Gerontopsychiatrie, Rheinische Kliniken Bonn, Kaiser-Karl-Ring 20, 53111 Bonn
Prof. Dr. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Prävention und Rehabilitation in System- und Versorgungsforschung, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 30625 Hannover

Prof. Dr. Richard Warner, Medical Director, University of Colorado, Mental Health Center of Boulder County, 1333 Iris Avenue, Boulder Colorado 80304

Prof. Dr. Wolfgang Weig, Ärztlicher Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück, Knollstr. 31, 49088 Osnabrück

Dr. Günther Wienberg, Vorstand, von Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Königsweg 1, 33617 Bielefeld

Ursula Zingler, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e. V., Ginsterweg 7, 74348 Lauffen

Veröffentlichungen und Informationstagungen der Aktion Psychisch Kranke

Band 1
vergriffen
»Gemeindenahe Psychiatrie«
Tagungen am 27.10.1975 in Stuttgart, am 8. und 9.11.1975 in Mannheim, am 27.11.1975 in Köln-Mehrheim, am 5. und 6.3.1976 in Berlin

nicht dokumentiert
»Was nun nach der Psychiatrie-Enquete?«
Gemeindenahe Psychiatrie am Beispiel Frankfurt
Tagung am 18. und 19.11.1976 in Frankfurt

nicht dokumentiert
»Die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete unter dem Aspekt der Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 2. und 3.12.1976 in München

nicht dokumentiert
»Probleme der Rehabilitation seelisch Behinderter im komplementären Bereich«
Tagung am 24. und 25.6.1977 in Loccum

Band 2
vergriffen
»Rechtsprobleme in der Psychiatrie«
Tagung 7.10.1977 in Hamburg

Band 3
vergriffen
»Die Psychiatrie-Enquete in internationaler Sicht«
Tagung am 1. und 2.6.1978 in Bonn

nicht dokumentiert
»Gemeindenahe Psychiatrie im Raum Hannover: Ausnahme oder Regel?«
Tagung am 14. und 15.11.1978 in Hannover/Wunstorf

Band 4
vergriffen
»Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter«
Tagung am 27. und 28.09.1979 in Bonn

Band 5
vergriffen
»Bestand und Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der BRD – fünf Jahre nach der Enquete«
Tagung am 23.11.1979 in Mannheim

nicht dokumentiert
Informationsveranstaltung zum **»Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung«** am 31.1.1980

Band 6
vergriffen
»Ambulante Dienste in der Psychiatrie«
Tagung am 13. und 14.6.1980 in Hannover

Band 7
vergriffen
»Drogenabhängigkeit und Alkoholismus«
Tagung am 6. und 7.11.1980 in Mannheim

Sonderdruck
vergriffen
»Modellprogramme des Bundes und der Länder in der Psychiatrie«
Tagung am 25. und 26.6.1981 in Bonn

Band 8
vergriffen
»Benachteiligung psychisch Kranker und Behinderter«
Tagung am 19.11.1982 in Bonn

Band 9
vergriffen
»Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 2. und 3.12.1982 in Bonn

Band 10
»Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern«
Tagung am 10. und 11.11.1983 in Offenbach

Band 11
»Komplementäre Dienste – Wohnen und Arbeiten«
Tagung am 6. und 7.7.1984 in Bonn

Band 12
vergriffen
»Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine Bestandsaufnahme«
Tagung am 18. und 19.10.1984 in Bonn

Band 13
vergriffen
»Psychiatrie in der Gemeinde – die administrative Umsetzung des gemeindepsychiatrischen Konzepts«
Tagung am 5. und 6.12.1984 in Bonn

Band 14
vergriffen
»Notfallpsychiatrie und Krisenintervention«
Tagung am 15. und 16.5.1986 in Bonn

Band 15
»Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich«
Tagung am 27. und 28.11.1986 in Bonn

Band 16
vergriffen
»Der Gemeindepsychiatrische Verbund als ein Kernstück der Empfehlungen der Expertenkommission«
Tagung am 22. und 23.6.1989 in Bonn

Band 17
vergriffen
»Die therapeutische Arbeit Psychiatrischer Abteilungen«
Tagung am 23./24. und 25.10.1986 in Kassel

Band 18
vergriffen
»Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen«
Tagung am 20. und 21.6.1990 in Bad Emstal

Band 19
vergriffen
»Grundlagen und Gestaltungsmöglichkeiten der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik und auf dem Gebiet der ehemaligen DDR«
Tagung am 29./30. und 1.12.1990 in Berlin

nicht dokumentiert
Regionalkonferenzen über den Bericht **»Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR«**
im Land Mecklenburg-Vorpommern am 17. und 18.10.1991 in Neubrandenburg; im Land Sachsen-Anhalt am 13. und 14.11.1991 in Hettstedt; im Land Sachsen am 21. und 22.11.1991 in Arnsdorf; im Land Brandenburg am 28. und 29.11.1991 in Brandenburg; im Land Thüringen am 16. und 17.12.1991 in Hildburghausen

Band 20
vergriffen
»Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen«
Tagung am 3. und 4.6.1992 in Bonn

Band 21
vergriffen
»Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen«
Tagung am 4. und 5.5.1993 in Bonn

Sonderdruck
Selbstverlag
»Enthospitalisieren statt Umhospitalisieren«
Tagung am 12. und 13.10.1993 in Ückermünde

Sonderdruck *vergriffen*
»Personalbemessung im komplementären Bereich – von der institutions- zur personenbezogenen Behandlung und Rehabilitation«
Tagung am 27. und 28.4.1994 in Bonn

Band 22 *vergriffen*
»Das Betreuungswesen und seine Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung«
Tagung am 17. und 18.5.1995 in Bonn

Band 23 *vergriffen*
»Qualität in Psychiatrischen Kliniken«
Tagung vom 8. bis 10.5.1996 in Bonn
»Neue Entwicklungen in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen«
Tagung vom 21. bis 23.10.1996 in Bonn
Tagungsbeiträge dokumentiert in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen.Lambertus, Freiburg i. Br. 1997

Band 24 *vergriffen*
»Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 23. und 24.4.1997 in Bonn
Download als PDF-Datei: www.psychiatrie.de/apk

Band 25
»Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie«
Tagung am 24. und 25.9.1997 in Bonn
auch als PDF-Datei zum Download: www.psychiatrie.de/apk

Band 26
»Qualität und Steuerung in der regionalen psychiatrischen Versorgung«
Tagung am 11. und 12.11.1998 in Bonn

Sonderdruck Bd. 27 1 + 2
»Gemeindepsychiatrischer Verbund, Psychiatriebudget und personenzentrierter Ansatz in Baden-Württemberg«
Workshop am 22.07.1999
»25 Jahre Psychiatrie-Enquete«
Tagung am 22. und 23.11.2000 in Bonn

Band 28
»Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund«
Tagung am 30.11. und 1.12.2001 in Bonn

Band 29
»Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen«
Tagung am 13. und 14.5.2002 in Berlin
Download als PDF-Datei: www.psychiatrie.de

Band 30
»Die Zukunft hat begonnen – Personenzentrierte Hilfen, Erfahrungen und Perspektiven«
Tagung am 03. und 04.06.2003 in Kassel
Download als PDF-Datei: www.psychiatrie.de

Veröffentlichungen und Informationstagungen

Bezug lieferbarer Titel durch:
Aktion Psychisch Kranke
Brungsgasse 4–6
53117 Bonn
Tel: 0228 – 67 67 40
Fax: 0228 – 67 67 42

Notizen